Nr. 41. 8. października 1922. Rok I.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

Prace oryginalne.

Dr. St. LASKOWNICKI, asyst. klin. chirurg. Lwów.

Bakterjobójczość płynu Lugola.

Z Zakładu higjeny i bakterjologji Uniw. J. Kazimierza we Lwowie. Kierownik: doc. dr. Zdzisław Steusing.

Badając i porównując działanie odkażające nalewki jodowej z działaniem różnych środków bakterjobójczych byłem zdumiony niezwykle silną bakterjobójczością płynu Lugola. Wiedziałem o tem, że wodne roztwory jodu są silnie bakterjobójcze, opierając się jednak na zdaniu Paula i Krönig a, że roztwór jodu w roztworze jodku potasu traci na swej bakterjobójczości, tworząc grupę drobinową z obu tych środków, i przez to nie działa już tak silnie bakterjobójczo, jak roztwór czystego jodu we wodzie, przypuszczałem, że płyn Lugola będzie o wiele mniej bakterjobójczy, niż to jest w istocie. Tak jednak nie jest. W roztworze jodu w jodku potasu jod jest zawarty w postaci jonów I'_3 i pozostaje w równowadze chemicznej z jonami jodowemi i jodem

$$I'_3 \rightleftarrows I_2 + I'$$

i wywiązuje ciągły wolny jod, o ile ten jod z białkiem lub innemi częściami składowemi ustroju się zwiąże, a przytem jon I'_3 jest jednym z najpotężniejszych środków ścinających białko (jako odczynnik alkaloidowy) i w ten sposób kombinuje się działanie ścinające jonu I'_3 i wiązanie się z białkiem jodu I_2 w bardzo silne działanie odkażające.

Płyn Lugola (*sol. fortior*) jest *in vitro* 15 razy silniej bakterjobójczy, niż 5% nalewka jodowa — zabija gronkowca (złocistego) już po 1—1½ minutowem działaniu. Jest jedynym ze środków bakterjobójczych (prócz nalewki jodowej), których działanie bakterjobójcze badałem, zabijającym zarodniki lasecznika siennego (*bac. subtilis*) przed upływem 24 godzin (płyn Lugola zabija je w 6-ciu godzinach, 5% nalewka jodowa w 12-tu godzinach; sublimat w rozczynie 1:1000, 5% chlor meta kresol, alkohol absol, 70% alkohol, nie zabijają tych zarodników po 24 godzinach działania).

Wobec silnej bakterjobójczości płynu Lugola i wobec możliwości zastosowania go w leczeniu gruźlicy chirurgicznej, postanowiłem zbadać dokładniej jego działanie bakterjobójcze w różnych warunkach.

Technikę badania zastosowałem tę samą, jaką zastosowałem w doświadczeniach z odkażaniem nalewką jodową, t. zn. drobnoustroje zawieszone w buljonie zasuszałem na granatkach i poddawałem je działaniu środka odkażającego; następnie zobojętniałem działanie badanego środka przez opłukanie w odpowiednim płynie, wreszcie po opłukaniu w jałowym rozczynie fizjologicznym soli kuchennej rzucałem granatek na pożywkę.

Doświadczenia przeprowadziłem na szczepie gronkowców złotych i na lasecznikach Kocha.

Laseczniki Kocha uzyskałem z plwociny, zawierającej wielką ich ilość, co stwierdziłem drobnowidowo.

Jedną część tej plwociny przepłukałem w jałowym rozczynie fizjologicznym soli kuchennej, następnie roztarłem ją dokładnie we wyjałowionym moździerzyku porcelanowym, aż przedstawiała się jako szarawo żółtawa, homogenna, gęsta ciecz; w cieczy tej maczałem granatki i poddawałem je wyschnięciu w eksykatorze nad chlorkiem wapniowym, umieszczonym w termostacie o temp. 37° C.

Uzyskałem w ten sposób szereg granatków do wykonania doświadczeń nad odkażaniem, na których zasuszone zostały w ogromnej ilości laseczniki Kocha, w skorupie białka i śluzu. Wraz z niemi zasuszone zostały także i inne drobnoustroje, jak łańcuszkowce i gronkowce, których obecność w plwocinie stwierdziłem, nie obawiałem się jednak jadowitego ich działania na zwierzęta, byłem bowiem pewny na podstawie doświadczeń już przedtem przezemnie wykonanych, że płyn Lugola zabije te drobnoustroje w przeciągu kilku minut (5 — 10) pomimo ochronnej skorupy, jaką są otoczone.

Chodziło mi o przekonanie się, czy laseczniki Kocha, zasuszone w stanie takim, w jakim znajdują się w przyrodzie, będą się opierać dłużej działaniu odkażającemu, niż laseczniki przerobione z antiforminą i, po przepłukaniu, zawieszone w rozczynie fizjologicznym soli kuchennej.

Drugą część plwociny przerobiłem z antiforminą, odwirowałem, uzyskany osad przepłukałem trzykrotnie, odwirowując go z jałowym rozczynem fizjologicznym soli, poczem po odlaniu z próbówki płynu fizjologicznego, skłóciłem osad z kilku pozostałemi kroplami płynu wyżarzonem oczkiem platynowem i po stwierdzeniu wielkiej ilości laseczników Kocha w tej zawiesinie, umaczane w niej granatki wysuszyłem w eksykatorze.

Uzyskałem w ten sposób drugi szereg granatków, z zasuszonemi lasecznikami Kocha, które zawieszone były we fizjologicznym rozczynie soli kuchennej i uwolnione od śluzu, białka i towarzyszących im innych drobnoustrojów, za to jednak na każdym granatku było ich znacznie więcej, niż w poprzednim przypadku.

Oba te rodzaje granatków poddawałem działaniu płynu Lugola przez pewien czas, następnie zaś, po dokładnem opłukaniu w jałowym 1% rozczynie tiosiarkanu sodowego i w jałowym rozczynie fizjologicznym soli, wszczepiałem je świnkom morskim pod skórę, w specjalnie do tego uczynioną kieszonkę. Miałem zamiar pierwotnie granatki wszczepiać do jamy otrzewnowej świnek, wobec tego jednak, że sprawia to pewne trudności, zwierzę jest niespokojne, rzuca się, piszczy i przez to powoduje ciągłe wypadanie sieci i jelit, przyczem trudniej jest zachować potrzebną aseptykę, odstąpiłem od tego i granatki wszczepiałem pod skórę, poczem rankę skórną zeszywałem szwem strunowym ciągłym na głucho.

Zwierzętom kontrolnym wszczepiałem granatki, po opłukaniu ich takiem samem, w tych samych płynach, bez maczania ich w płynie Lugola. Ranka zgoiła się u wszystkich zwierząt doraźnie.

Doświadczenia przeprowadziłem z lasecznikami Kocha dlatego, bo mają być one odporniejsze od gronkowców na działanie środków dezynfekcyjnych, zwłaszcza we wodnych roztworach, z tego powodu, że trudne zwilżanie się prątków, których otoczka jest bogata w lipoidy, utrudnia wniknięcie środka dezynfekcyjnego do ciała drobnoustroju.

Bakterjobójczość płynu Lugola względem gronkowców przedstawia się następująco:

Działanie płynu Lugola (*sol. fortior*) na gronkowce.

Sposób postępowania:

1) Płyn Lugola, 2) tiosiarkan sodowy, 3) dtto, 4) płyn fizjologiczny, 5) dtto.

Czas działania	po 1 dniu	po 2	po 3	po 4	po 5	po 6	po 7	po 8	po 9	po 10
0'	+63	+	+	+	+	+	+	+	+	+
½'	—	+11	+	+	+	+	+	+	+	+
1'	—	+16	+	+	+	+	+	+	+	+
2'	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
3'	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
5'	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

Czas działania oznacza czas działania środka dezynfekcyjnego. Liczby po 1, po 2 i t. d. oznaczają czas obserwacji a więc wzrost po 1 dniu, po 2 dniach i t. d. Liczby przy + oznaczają ilość kolonij.

Jak widać z wyżej podanych tablic, zabija płyn Lugola gronkowce złote po 2 minutach działania (zabija je zwykle wcześniej, a mianowicie już po 1 minutowem działaniu, zależne to jest od odporności użytego szczepu).

Płyn Lugola traci znacznie na swej sile bakterjobójczej w obecności płynu białkowego (w tym przypadku zmie-

Działanie płynu Lugola (*sol. fortior*) **+ ascites na gronkowce.**
Sposób postępowania jak wyżej.

Czas działania	po 1 dniu	po 2	po 3	po 4	po 5	po 6	po 7	po 8	po 9	po 10
0'	+70	+	+	+	+	+	+	+	+	+
1'	+42	+	+	+	+	+	+	+	+	+
3'	+36	+	+	+	+	+	+	+	+	+
5'	+15	+	+	+	+	+	+	+	+	+
10'	—	—	+3	+	+	+	+	+	+	+
20'	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
30'	—	—	—	+3	+	+	+	+	+	+
45'	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
60'	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
90'	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

szany w równych częściach z ascites), ale i tam jest jeszcze silnie działającym środkiem bakterjobójczym. Już po 5-ciu minutowem działaniu wyrasta mniejsza ilość kolonij gronkowców, po 10-ciu minutowem działaniu widać jeszcze wyraźniejsze działanie powstrzymujące rozwój drobnoustrojów, działanie to potęguje się jeszcze bardziej po 20-tu i 30-to minutowem działaniu płynu Lugola, zmieszanego z ascites w równych częściach.

Zwracam uwagę, że płyn Lugola po zmieszaniu go w równej części z płynem białkowym (*ascites*) działa jeszcze pomimo związania się dużych ilości jodu z białkiem tak intenzywnie bakterjobójczo, jak roztwór sublimatu 1‰, zabija bowiem gronkowce w tym samym czasie t. j. w przeciągu 45 minut.

Doświadczenia te powtórzyłem kilkakrotnie z tym samym mniej więcej wynikiem.

Płyn Lugola w roztworze słabszym (1:2:300) zabija gronkowce również po dwu minutach działania, zmieszany z równą częścią ascites nie zabija ich jeszcze po 4 godzinach.

Oprócz tego zrobiłem jeszcze jedno następujące doświadczenie: płyn Lugola (*sol. fortior*) zmieszałem w równej ilości ze świeżą ropą gronkowcową (*aureus*) i, zatkawszy probówkę, skłóciłem oba płyny ze sobą. Płyn Lugola odbarwia się w obecności ropy, jod jego wiąże się bowiem natychmiast z białkiem.

Po pewnym czasie osadzają się w probówce części stałe, zabarwione na kolor jasnożółty, nad niemi zaś jest warstwa jasnego, przeźroczystego, zupełnie jak woda, płynu. Część tej mieszaniny po 24 godzinach odlałem, skłóciwszy ją najpierw, do probówki, dodałem równą ilość 1%-ego roztworu tiosiarkanu sodowego, poczem nastąpiło zupełne odbarwienie, skłóciłem silnie, odwirowałem, osad uzyskany poddałem jeszcze raz tej samej manipulacji, następnie przepłukałem go jeszcze dwa razy w ten sam sposób jałowym roztworem fizjologicznym soli kuchennej. Oczko tego osadu zaszczepiłem na płytce Petriego z agarem; płytka pozostała jałowa, co dowodzi, że roztwór Lugola (*sol. fortior*) działa intenzywnie bakterjobójczo na gronkowce nawet wobec bardzo dużych ilości ropy.

Granatki ze zasuszonemi lasecznikami Kocha poddawałem w ten sam sposób działaniu płynu Lugola przez 30', 1, 2, 3 i 4 godziny i po zneutralizowaniu jodu przez dokładne opłukanie ich w roztworze tiosiarczanu sodowego i w płynie fizjol. soli kuchennej wszczepiałem świnkom morskim pod skórę.

Zwierzęta kontrolne padły po trzech tygodniach na gruźlicę, co stwierdziłem sekcją. Pozatem wszystkie inne zwierzęta nie wykazują żadnych objawów chorobowych, są żywe, przybywają na wadze i są zupełnie zdrowe. Czas obserwacji wynosi przeszło 6 miesięcy. Okazuje się z tego, że płyn Lugola zabija z całą pewnością laseczniki Kocha w przeciągu pół godziny, nawet wtedy, gdy znajdują się one zasuszone we warstwie śluzu.

Po wykonaniu tych doświadczeń przystąpiłem do leczenia ropni gruźliczych wstrzykiwaniami płynu Lugola do jamy opróżnionego ze swej płynnej zawartości ropnia, przypuszczając, że przez wstrzyknięcie środka silnie bakterjobójczego, a oprócz tego wywołującego przez swe drażniące działanie czynne przekrwienie i działającego chemotaktycznie na leukocyty — uzyskam korzystne wyniki lecznicze. Wyniki leczenia ropni opadowych i chłoniaków gruźliczych za pomocą wstrzykiwań płynu Lugla (*sol. fortior*) będą przedmiotem osobnej publikacji.

Piśmiennietwo zebrane.

Laskownicki. Działanie dezynfekcyjne jodyny. Przegl. epidem. 1922. zeszyt I. Oprócz tego Friedberger i Pfeiffer: Lehrbuch der Mikrobiologie i Uhlenhut, Jötten, Haiter. Med. Klin. 1921 Nr. 10.

W. GRZYWO-DĄBROWSKI. Warszawa.

Przyczynek do kazuistyki dzieciobójstwa.

(Z Zakładu medycyny sądowej Uniwersytetu Warszawskiego).

Sposoby, któremi się posługują przy pozbawianiu życia noworodków, nie są zbyt urozmaicone. Może najczęściej spotykamy się z pozostawieniem bez pomocy nowonarodzonego dziecka, jako t. zw. dzieciobójstwem biernem. Pozatem często zdarza się widzieć pozbawienie życia noworodka przez zaduszenie, rzadziej zapomocą rozbicia główki, utopienia, a do rzadkości należy pozbawienie życia zapomocą zadania ran.

Na 711 oględzin zwłok płodów i noworodków, od września 1917 r. do 31. XII. 1921, w 102 przypadkach stwierdziliśmy śmierć wskutek pozostawienia bez pomocy, w 44 przypadkach miało miejsce zaduszenie, w 19 rozbicie główki, w 1 utopienie, w 1 uszkodzenie ciała, w 1 otrucie. Noworodki pozostałe urodziły się nieżywe, lub zmarły śmiercią naturalną w pewien czas po urodzeniu. Poniżej pozwolę sobie przytoczyć 7 przypadków z naszej kazuistyki, gdzie śmierć była zadaną w sposób rzadki lub skomplikowany.

Przypadek I.: **Śmierć noworodka wskutek ran kłutych serca, wątroby i nerki prawej.** Dla oszczędności miejsca podajemy możliwie skrócony wyciąg z protokołu oględzin zwłok.

Zwłoki tego noworodka, płci męskiej, znaleziono w lutym 1922 r. na śmietniku w pewnym domu pod miastem; jak się zdaje, zostały one wraz ze śmieciami przywiezione do miasta. Długość ciała i ogólny jego rozwój przemawiał za tem, że noworodek był urodzony najprawdopodobniej około 8½ mies. księżyc. ciąży. Na spojówkach obu oczu znaleziono liczne drobne wybroczynki krwawe. Skóra prawie na całej powierzchni ciała o zabarwieniu czerwono-fjoletowawem. Za lewem uchem kilka drobnych podłużnych odrapań.

Na skórze klatki piersiowej od przodu, po stronie lewej, tuż przy linji środkowej, na wysokości brodawki sutkowej, znajduje się rana o brzegach równych, rozwartych, o kształcie owalnym, dług. 7 mm, także rana na lewym łuku żebrowym przy przedniej linji pachowej; pod prawym łukiem żebrowym, od tyłu, 3-cia rana podobna.

Przy sekcji zwłok tego noworodka znaleziono: Czaszka, przedgłowie w okolicy tylnej części czaszki; pod okostną kości czaszki liczne drobne wybroczyny krwawe. Kości czaszki bez uszkodzeń; opony miękkie mocno przekrwione. Innych zmian w mózgu nie znaleziono.

W obrębie dolnej części mięśnia sutkowo-mostkowo-obojczykowego prawego znaleziono dosyć obfite wylewy krwawe; w obrębie pochewki prawej tętnicy dogłowowej nieobfite punkcikowate wybroczynki. W tkankach szyi, tuż pod tarczycą, jak również poza przełykiem, u góry, dosyć obfite wylewy krwi. Narządy szyi nieuszkodzone, bez zmian, tętnice dogłowowe również nie uszkodzone. Pod lewem żebrem, w miejscu, odpowiadającem opisanej poprzednio ranie, szczelinowate pęknięcie, biegnące równolegle do chrząstki żebra, dług. 14 mm, o brzegach równych. Naokoło w tkankach wylewy krwawe. W okolicy lewego łuku żebrowego, tam, gdzie się znajdowała ranka na skórze, w tkankach widzimy otwór o równoległych brzegach, dług. 6 mm, otoczony wylewami krwi i prowadzący do jamy brzusznej. W lewej jamie opłucnej 10 ccm płynnej ciemnej krwi. W tkance wiotkiej na nasierdziu wylew krwawy na przestrzeni dwu ccm. Płuca w całości i pokrajane na drobne kawałki, powoli tonęły w wodzie; przy ucisku płuc, tu i ówdzie, z miąższu dało się wycisnąć trochę pęcherzyków powietrza; miąższ płuc czerwony; pod opłucnemi od tyłu płuc nieobfite wybroczyny krwawe.

W worku osierdziowym znaleziono u dołu od tyłu szczelinowaty otwór o równych brzegach; na tylnej powierzchni serca w środku, otwór podłużny, 6 mm długi, o brzegach trochę zazębionych, prowadzący do lewej komory; naprzeciwko tego otworu w przegrodzie sercowej u góry znaleziono podobny, szczelinowaty otwór, otwierający się na zewnątrz tuż u podstawy tętnicy płucnej. Komory serca puste. Na górnej powierzchni lewego płatu wątroby 3 otwory szczelinowate o równych brzegach, dług. 6—7 mm; dwa z tych otworów komunikowały ze sobą przez kanał przechodzący pod powierzchnią wątroby, o kierunku z góry ku dołowi i od strony prawej ku lewej, a trzeci dawał początek kanałowi idącemu ku dołowi i stronie lewej i kończącemu się ślepo. Otrzewna narządów jamy brzusznej przykryta warstwą ciemnej płynnej krwi. Naokoło prawej nerki trochę wylewów krwawych, a w miąższu, tuż przy wnęce, od tyłu, szczelinowaty otwór, głębokości około 3 mm, o równych brzegach. Próba żołądkowo-jelitowa wypadła ujemnie. Jelita grube zawierały dużą ilość ciemno-zielonej smółki. W innych, nieopisanych tu, narządach ciała zmian chorobowych ani uszkodzeń nie znaleziono.

Reasumując zmiany znalezione w tym przypadku, widzimy, że noworodek ten urodził się żywo, lecz żył po urodzeniu bardzo krótko. Jak się zdaje, oddychał krótko i bardzo powierzchownie, zapewne z tego powodu, że szyja jego i klatka piersiowa zostały mocno uciśnięte, za czem przemawia obecność wylewów krwawych w obrębie tkanek szyi i mięśni piersiowych. Zapewne w tej samej chwili zostały mu zadane 3 rany kłute jakiemś wązkiem i ostrem narzędziem, jedno z uderzeń spowodowało przebicie klatki piersiowej, narzędzie przytem drasnęło osierdzie i utkwiło w wątrobie; drugie uderzenie było skierowane z dołu ku górze, przytem narzędzie, zapewne to samo, co i poprzednio, przeszło przez wątrobę i przeszyło serce. 3-cie uderzenie, od tyłu zadane, powierzchownie zraniło prawą nerkę. Śmiertelnem było zranienie serca; ta rana była zadana zapewne ostatnia, gdyż po zranieniu serca śmierć nastąpiła prawie natychmiast; rany inne były zadane najprawdopodobniej przed zranieniem serca.

Przypadek nasz należy do rzadkości w kazuistyce sądowo-lekarskiej. O ile sięgniemy do odpowiedniej literatury, widzimy, iż Wachholc w swym podręczniku wspomina tylko o ranach kłutych, które były zadane noworodkom; Hofmann się przyznaje, że nie widział ani razu tego rodzaju dzieciobójstwa; Haberda w okresie od 1895—1905, nie miał sposobności obserwować innych przyczyn śmierci gwałtownej noworodków, jak zaduszenie lub rozbicie czaszki. W r. 1909 w jednym przypadku widział ranę kłutą w okolicy ciemienia, drążącą do mózgu, pozatem w tym przypadku znaleziono rozcięcie kąta prawego warg i brak części szczęki dolnej, w podniebieniu ranę 1 cm długą. Rana kłuta była zadana nożycami, a rozdarcie ust i uszkodzenie dolnej szczęki powstały przy próbach zatamowania krzyku dziecka. Od czasu do czasu opisywano przypadki, w których noworodki zabito zapomocą wbijania igły do mózgu przez ciemiączko; obserwowali tego rodzaju przypadki Hofmann, Fritsch, Büttner, a przedewszystkiem Brouardel, który wspomina o 40 podobnych przypadkach, gdzie akuszerka w ten sposób zabijała noworodki. Tenże Brouardel widział noworodka, na którego ciele znaleziono 16 ran kłutych w rozmaitych częściach ciała; w innym przypadku tego autora, poza ranami kłutemi nożem, znaleziono także ranę, zadaną igłą. Ipsen widział noworodka, u którego znalazł 5 ran kłutych na głowie i klatce piersiowej; został on zabity przez zadzierzgnięcie. Valenta wspomina o przypadku, gdzie rany kłute zostały zadane nożycami.

Ignatowski ani razu nie widział tego rodzaju przypadków dzieciobójstwa, a Tardieu uważa, że matka, zadając rany kłute, których zwykle bywa kilka, działa w podnieceniu, że są to przeważnie kobiety o cechach histerycznych lub nadużywające alkoholu.

Reasumując dostępną nam literaturę, widzimy, że dotąd ogłoszono wszystkiego 5 przypadków dzieciobójstwa, wykonanego zapomocą ran kłutych (pomijając dzieciobójstwo przez ukłucie igłą przez ciemiączko, gdyż ten rodzaj dzieciobójstwa ma inny charakter i inne zabarwienie psychologiczne). Taką małą liczbę tego rodzaju przypadków śmierci, być może, musimy sobie tłómaczyć tem, że z jednej strony matka w chwili porodu, lub po porodzie, niema pod ręką odpowiedniego narzędzia, a z drugiej strony, co może odgrywa większą rolę, na zadanie ran narzędziem ostrem nie każda kobieta się zdobędzie, a tem bardziej matka, szczególnie, gdy ma możność zgładzić dziecko w sposób łatwiejszy i pewniejszy przez zaduszenie lub, ostatecznie, przez rozbicie główki.

Przypadek II. **Zabicie noworodka przez poderżnięcie gardła.** W styczniu r. 1922 w sieni pewnej kamienicy znaleziono noworodka z poderżniętem gardłem. Przy oględzinach znaleziono, co następuje (podajemy tylko najważniejsze dane z protokołu sekcji): Noworodek płci żeńskiej, donoszony. Na szyi znaleziono ranę, biegnącą w poprzek, dług. 5 cm, szerokości przy lekko uniesionej główce 4 cm. Oba zewnętrzne brzegi rany znajdują się mniej więcej na jednakowej wysokości; brzegi górny i dolny rany są równe i gładkie; tuż nad górnym brzegiem rany, po stronie prawej, znajduje się w skórze powierzchowne draśnięcie, równoległe do brzegu rany, dług. dwudziestu mm. Narządy szyi, krtań, przełyk, naczynia i mięśnie zostały przecięte przez całą grubość aż do kręgosłupa, który stanowi dno rany; pomiędzy 5 a 6 kręgiem szyjnym szczelina, oddzielająca te kręgi jeden od drugiego, głębokości do dwóch mm. Innych uszkodzeń nie znaleziono. Pępowina nie podwiązana. Próba płucna i żołądkowa wypadły dodatnio; próba jelitowa ujemnie. W jelitach grubych dużo smółki. W narządach ciała zmian chorobowych nie znaleziono, oprócz ich znacznej bladości. Cech gnicia na ciele nie stwierdzono.

Reasumując całość zmian znalezionych, widzimy, że noworodek ten, urodzony jako donoszony, żywy i do życia zdolny, żył po urodzeniu czas bardzo krótki i zmarł wskutek poderżnięcia gardła, co spowodowało szybki upływ krwi. Ten przypadek, chociaż nie tak wyjątkowy, jak poprzedni, również należy do bardzo rzadkich w kazuistyce tego rodzaju. Haberda o tego rodzaju przypadkach wspomina, jako o bardzo rzadkich, inni autorzy również podkreślają rzadkość tego rodzaju dzieciobójstwa.

Przypadek III. **Rozdarcie bródki i policzków u noworodka.** Noworodek płci żeńskiej, wraz z łożyskiem i pępowiną został znaleziony w końcu stycznia 1922 r. w pewnym domu w Warszawie. Noworodek ten był urodzony około $9^1/_2$ mies. ciąży, jak o tem świadczyły wymiary i ogólny rozwój ciała. Na ciele znaleziono uszkodzenia następujące: od obu kątów ust w kierunku ku tyłowi przechodzą rozdarcia o kształcie łukowatym, sięgające aż do środka policzków i przechodzące przez wszystkie tkanki tychże, tak że otwór ustny został ogromnie rozszerzony od strony prawej ku lewej; długość tego rozdarcia po stronie lewej około dwóch cm, po stronie prawej około 3 cm; brzegi skórne rozdarć zupełnie równe, brzegi rozdarcia mięśni poszarpane; w obrębie opisanego uszkodzenia i na jego brzegach znajdowały się tu i ówdzie skrzepy ciemnej krwi. Dziąsła szczęki górnej po stronie prawej od kości oderwane; gruczoł podszczękowy po stronie prawej oderwany i wystaje z poza wargi dolnej; język oderwany na całej przestrzeni od swego dolnego przyczepu; rozerwana również przepona ustna (*diaphragma oris*) w części górnej. Szczęka dolna w części środkowej rozerwana. Na szyi w kilku miejscach drobne otarcia naskórka o kształtach nieregularnych. Na klatce piersiowej, na skórze, po stronie prawej, widać zadrapania o kolorze czerwonym, biegnące od wyrostka mieczykowatego aż do zewnętrznego końca prawego obojczyka, w postaci szramy. Na sekcji stwierdzono: wybroczyny krwawe, dosyć obficie rozsiane w tkance wiotkiej naokoło przełyku i tchawicy; rozdarcia lub uszkodzenia mięśni i narządów szyji nie stwierdzono. Pod nasierdziem od tyłu liczne drobne wybroczyny krwawe; przedgłowie wyraźne, w obrębie niego liczne wylewy krwi rozmaitej wielkości. Próba płucna wypadła w zupełności dodatnio; próba żołądkowo-jelitowa ujemnie. W innych narządach ciała uszkodzeń lub zmian nie znaleziono.

Uszkodzenia bródki i policzków w danym przypadku powstały najprawdopodobniej wskutek nieumiejętnej pomocy przy porodzie; należy zaznaczyć, że w obrębie rozdarć policzków brzegi skórne były zupełnie równe, jakby rozcięte, co jednak nie przeczy temu, że rozdarcie tu mogło mieć miejsce, gdyż skóra może pękać, dając zupełnie równe brzegi w miejscu rozdarcia.

Przypadek IV. **Rozdarcie wątroby i oderwanie języka u noworodka.** W lutym r. 1922 na jednej z ulic Warszawy znaleziono zwłoki noworodka płci żeńskiej. Przy oględzinach stwierdzono (podajemy tylko cechy najważniejsze), że noworodek ten urodził się około 9 miesiąca księżycowego ciąży. Na powłokach zewnętrznych uszkodzeń nie znaleziono. Wargi różowe bez uszkodzeń. Śluzówka na dziąsłach szczęki dolnej od przodu zasiniona, dziąsła górnej szczęki blade. Język wysunięty pomiędzy dziąsłami swym koniuszkiem, na końcu języka znajduje się trochę skrzepów krwi. Wędzidełko języka rozerwane, rozdarcie to sięga w głąb tkanek podstawy języka na głębokość około 1 cm, szerokość rozdarcia 1,5 cm. Mięśnie podstawy języka obnażone; brzegi rozdarcia dosyć równe. Na migdałkach trochę skrzepów ciemnej krwi. Na szyi uszkodzeń nie widać. Spojówki

wybroczyn nie wykazują. Pępowina 6 cm długa, podwiązana taśmą białą, brzeg pępowiny obcięty równo.

Oględziny wewnętrzne. Przedgłowie w okolicy potylicy; pod skórą czaszki tu i ówdzie drobne wybroczynki. Kości czaszki nieuszkodzone. Opony miękkie znacznie przekrwione. W zatokach mózgowych krew płynna, ciemna. Mózg miękki, bez uszkodzeń. Próba płucna wypadła ujemnie; w krtani tchawicy, oskrzelach ciał obcych nie znaleziono. Pod opłucnemi płuc nieobfite wybroczynki krwawe. Serce nic szczególnego nie przedstawia. Jama brzuszna po otwarciu stwierdzono obecność dość znacznej ilości skrzepów ciemnej krwi, zmieszanych z ciemną, płynną krwia. Wątroba waży 73 gr. Na tylnej powierzchni prawego płatu u góry rozdarcie na przestrzeni 3 cm×2 cm, głębokości około 1 cm, o brzegach nierównych; w okolicy tego rozdarcia obfite skrzepy krwi. Próba żołądkową wypadła dodatnio, próba jelitowa ujemnie. Jelita grube wypełnione smółką. W innych narządach uszkodzeń ani odchyleń od normy niema.

Opisane rozdarcie wątroby powstało tu zapewne z powodu nieumiejętnej samopomocy lub podczas porodu. Rozdarcie podstawy języka najprawdopodobniej jest tegoż samego pochodzenia. W tym przypadku zwracają uwagę dwa tak od siebie, co do umiejscowienia, odległe uszkodzenia.

Przypadek V. **Rozdarcie bródki, oderwanie języka, krtani, rozdarcie podniebienia.** Zwłoki noworodka, płci żeńskiej, znalezione na ul. Freta w lutym r. 1921. Przy oględzinach stwierdzono, że noworodek ten urodził się około 9½ mies. księżycowego ciąży. Przy zwłokach znajdowało się łożysko, nie oddzielone od pępowiny. Skóra ciała blada, tu i ówdzie przykryta warstwą skrzeplej krwi. Wargi rozdarte w kierunku poprzecznym, skóra na szyi i na podbródku, od przodu, rozdarta, mięśnie szyi i mięśnie na podbródku zostały wskutek tego obnażone na przestrzeni 6 cm×5 cm. Szczęka dolna w przedniej części złamana, a od przodu brak w niej kawałka 3 cm szerokiego; mięśnie szyi poszarpane, język i krtań oderwane od podstawy; podniebienie miękkie po stronie prawej również częściowo oderwane; wśród poszarpanych tkanek znajdują się dosyć obfite ciemne skrzepy krwi. Innych uszkodzeń lub zmian przy oględzinach zewnętrznych nie znaleziono. Na sekcji zwłok stwierdzono wybroczyny krwawe pod skórą czaszki, próba płucna wypadła dodatnio. Pod opłucnemi obu płuc tu i ówdzie drobne, nieobfite wybroczynki krwawe; takież wybroczynki znaleziono i pod nasierdziem od tyłu u podstawy, w komorach serca znaleziono trochę ciemnej płynnej krwi. Próba żołądkowo-jelitowa ujemna; w jelitach grubych znajdowała się nieznaczna ilość ciemnej smółki. W innych narządach ciała nie znaleziono żadnych uszkodzeń lub zmian chorobowych. Cech gnicia nie było.

Opisane uszkodzenia bródki i części miękkich twarzy powstały najprawpodobniej przy pomocy lub wskutek samopomocy porodowej; noworodek ten po urodzeniu żył przez czas pewien i zmarł wskutek krwotoku z rozdartych tkanek. Opisane wybroczyny przemawiają, jak się zdaje za tem, że podczas porodu, który był trudny, o czem świadczy udzielenie samopomocy lub pomocy, miało miejsce częściowo duszenie się, czego wyrazem mogły być opisane wybroczynki.

Przypadek VI. **Rozbicie czaszki w połączeniu z zadzierżgnięciem.** Noworodek płci męskiej, znaleziony w lutym 1922 r. w okolicy ogrodu Pomologicznego. Przy oględzinach stwierdzono, że był to noworodek donoszony, duży (długość ciała 52 cm, waga 3700 gr). Spojówki nastrzykane; na spojówce powiekowej prawego oka, przy kącie zewnętrznym, drobne, ciemne wybroczynki. Na szyi widać brózdę, przebiegającą naokoło, szerokości około 1 cm; na przedniej powierzchni brózda ta przebiega tuż pod chrząstką tarczową, po bokach w odległości około 2½ cm od kątów dolnej szczęki, od tyłu na wysokości V kręgu szyjnego. Brzegi brózdy wygórowane i zlekka zaczerwienione, szczególnie wyraźnie od przodu. Wybroczyn w obrębie brózdy niema; naskórek brózdy nigdzie niestarty i niewyschnięty. Na sekcji stwierdzono: w obu kościach ciemieniowych znajdują się pęknięcia, idące od guzów kości ku górze i ku dołowi, dług. 4—5 cm, w obrębie kości czołowej pęknięcie, poziomo przebiegające, dług. 4 cm. Pod okostną i w tkankach miękkich naokoło tych pęknięć obfite wylewy krwawe. Pod oponami miękkiemi na półkulach tu i ówdzie wybroczynki krwawe. Mózg nieuszkodzony. W obrębie prawego mięśnia tarczowo-gnykowego pasmowate wylewy krwawe; w obrębie mięśni przepony ustnej po stronie lewej wylew krwawy na przestrzeni 5 mm×3 mm; pozatem w obrębie szyi niema zmian ani uszkodzeń. Próba płucna dodatnia, płuca równomiernie powietrzne, wybroczyn pod opłucnemi niema. Serce wybroczyn pod nasierdziem niema; w komorach krew płynna w niedużej ilości, pozatem zmian niema. Żołądek wraz z odcinkiem jelit cienkich długości 12 cm pływa we wodzie, reszta jelit tonie. Jelita grube wypełnione dużą ilością ciemno-zielonej smółki. Pozatem w narządach ciała nie znaleziono żadnych zmian ani uszkodzeń.

W danym przypadku mamy kombinację zadzierżgnięcia z rozbiciem czaszki; zadzierżgnięcie nie spowodowało zejścia śmiertelnego i sprawca doprowadził swe dzieło do końca przez rozbicie główki zapomocą uderzenia o jakiś przedmiot twardy lub przez uderzenie w głowę jakimś twardym przedmiotem.

Przypadek VII. **Częściowe rozkawałkowanie zwłok noworodka.** Noworodek płci męskiej znaleziony w kwietniu r. 1921 na ul. Wałowej. Noworodek ten urodził się donoszonym (długość ciała 51 cm; inne wymiary odpowiednie do tego wieku). Przy oględzinach znaleziono, że kręgosłup w części dolnej i kość krzyżowa rozcięte w linji środkowej, brzegi rozciętych kręgów są równe; przez to rozcięcie wypadają na zewnątrz pętle jelit cienkich i grubych. Główka kości ramieniowej prawej w części środkowej równo przecięta przez całą grubość. Skóra w wielu miejscach poszarpana; części miękkich tu i ówdzie brak, tak że wobec czego obnażone są częściowo kości nóg i rąk. W brzegach opisanych uszkodzeń części miękkich, jak również i w ich okolicy, niema nigdzie wybroczyn ani wylewów krwi. Pod skórą czaszki znaleziono wylewy krwawe w okolicy kości ciemieniowej u góry; obie te kości okazują pęknięcia: lewa u góry dług. 5 cm, prawa u dołu dług. 3 cm. Pod oponą twardą znajduje się nieznaczna ilość krwi płynnej; mózg bez uszkodzeń. Próba płucna dodatnia; pod opłucnemi od tyłu duże, około 2 cm długie, wybroczyny krwawe. Pod nasierdziem wybroczyn niema. W komorach serca krew pienista. Pod błoną śluzową języka, na powierzchni górnej, w tylnej części wybroczyny krwi, ok. 5 mm w średnicy. Narządy szyi bez uszkodzeń. Żołądek i dwunastnica wrzucone do wody pływają, reszta jelita tonie w wodzie. W innych narządach ciała zmian i uszkodzeń niema. Rozkład ciała dosyć znaczny.

Przypadek ten jest trochę niejasny; noworodek został zabity przez rozbicie czaszki, a potem była zapewne dokonana próba rozkawałkowania zwłok, przez rozcięcie ciała i odcięcie prawej rączki, lecz z jakichś powodów zamiar ten nie był doprowadzony do końca. Rozcięcie było dokonane narzędziem ostrem.

Rozkawałkowanie zwłok noworodków zdarza się bardzo rzadko. W naszej kazuistyce są opisane tylko dwa przypadki tego rodzaju: pierwszy przez Blumenstocka, drugi przez Wachholca. W przypadku Blumenstocka matka odcięła swemu 7-mio dniowemu dziecku główkę, oddzieliła powłoki czaszki, czaszkę pocięła na części, wyjęła gałki oczne, tułów pocięła na trzy części, kończyny górne i dolne również były rozcięte na kilka kawałków. Tak pocięte ciało zakopała w płytkim dole. W przypadku Wachholca donoszony noworodek był przez matkę pocięty na 5 części, przytem główka, kończyny dolna i górna lewe były odcięte, jak również i stópka prawa.

Piśmiennictwo.

Podręczniki medycyny sądowej Wachholza, Hofmanna, Krattera, i in.

Dzieła: Brouardela. L'infanticide. Haberda. Ueber Kindesmord.

Kazuistyka: Vierteljahrschrift für die ger. Medizin i w Przeglądzie Lekarskim.

Dr. I. SOHN. Kustanaj.

Sialoadenitis sublingualis acuta epidemica.

Ze szpitala miejskiego w Kustanaju (Turgajska obłast.).

Sprawa zapaleń gruczołów ślinowych wogóle nie jest jeszcze dokładnie wyjaśniona. W głównych zarysach dzielimy zapalenia te na ostre i przewlekłe. W danym przypadku zajmują nas ostre zapalenia ślinianek, które mogą być samoistne lub następcze. Najczęściej spotyka się ostre zapalenie gruczołów przyusznych (*Parotitis epidemica, Mumps* niemieckich autorów), rzadziej samoistne zapalenie gruczołów podszczękowych, a już do zupełnie rzadkich przypadków należy zapalenie samoistne gruczołu podjęzykowego.

Wedle dostępnego mi piśmiennictwa zapalenie gruczołów podszczękowego i podjęzykowego, jako samoistne, spostrzegano nadzwyczajnie rzadko, i to w czasie nagminnego zapalenia gruczołu przyusznego. I tak Leitzen w czasie epidemji w Halle widział na 77 przypadków nagminnego zapalenia gruczołu przyusznego tylko 6 przypadków zapalenia samych gruczołów podszczękowych. Penzold również opisał kilka przypadków samoistnego zapalenia gruczołu podszczękowego; w jego przypadkach gruczoły były wielkości orzecha włoskiego lub jaja gołębiego, twarde i nadzwyczaj bolesne przy dotyku. Ciepłota 3—4 dni dochodziła do 39—40° C. Zapalenie zaś samoistne gruczołu podjęzykowego, jak już wsnomniałem, należy do przypadków nadzwyczajnie

rzadkich. Leitzen widział w czasie wspomnianej epidemji w Halle tylko jeden taki przypadek. Hegler zaś w roku 1912 na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego w Hamburgu przedstawił swoje spostrzeżenia nad małą epidemją zapalenia gruczołu podjęzykowego (8 przypadków).

Obraz chorobowy, wedle Heglera, przedstawia się w ten sposób: Bez wszelkich innych objawów chorobowych (jak nieżyt, zapalenie migdałków, zapalenie gruczołów przyusznych, ból zębów lub t. p.) zjawia się nagle obrzęk w okolicy podbródka (*regio submentalis*), skóra staje się naciągniętą, błyszczącą, bolesną i wypukla się, jak przy podwójnym podbródku. We wszystkich przypadkach, za wyjątkiem jednego, zauważyć można było obfite ślinienie. Ślina była rzadka i zawierała przy badaniu mikroskopowem dużo płaskich nabłonków i niewielką ilość ciałek wypocinowych. W niektórych przypadkach ujście przewodu gruczołu ślinowego (*caruncula* i *plica sublingualis*) były obrzękłe i zaczerwienione. W jednym przypadku w przewodzie napotkano na zbitą białą grudkę; w tym też przypadku było równocześnie zapalenie prawego gruczołu podszczękowego. We wszystkich przypadkach była lekko podwyższona ciepłota ciała. Komplikacyj ze strony innych narządów nie spostrzegano. Podmiotowo chorzy odczuwali tylko ciągłe uczucie napięcia skóry i ciągnięcia na dnie jamy ustnej. Oprócz tego chorzy skarżyli się na bóle głowy, łamanie w kościach, lekki zawrót głowy i osłabienie. W tych przypadkach zapalenia gruczołu podszczękowego nie można było, mimo dokładnych badań w tym kierunku, wykazać jakiegoś związku z nagminnem zapaleniem gruczołu przyusznego, wobec czego Hegler przypuszcza, że miał do czynienia z nową jednostką chorobową. Chorzy wyzdrowieli w przeciągu 1—2 tygodni, w jednym tylko przypadku w przeciągu 3 dni. Tyle jest danych dotychczas o wyżej wspomnianej jednostce chorobowej.

Nie rozporządzając w Kustanaju żadną bibljoteką, nie wiem, czy później jeszcze po roku 1912 były ogłoszone podobne przypadki, a wobec skąpych dotychczas wiadomości o nagminnem zapaleniu gruczołu podjęzykowego, spieszę do ogólnych o tym przedmiocie wiadomości dorzucić jeszcze kilka własnych spostrzeżeń z mojej praktyki na obczyźnie i dalekim Sybirze.

Wszystkich przypadków widziałem 11. Z tego 10 dotyczyło chorych przychodnich szpitala, którego jestem kierownikiem, a 1 miałem w prywatnej praktyce. Przypadki te odnoszą się do czasu od 1. IX. do 20. X. 1917 roku, zatem okresu 7 tygodniowego; ani przedtem ani potem żadnych przypadków parotitis epidemica nie zanotowano. Wszystkie przypadki odnoszą się do osobników młodych wieku 1—23 lat, największa liczba przypada na osoby powyżej 10—23 lat.

Oto krótki wyciąg z historji chorób wszystkich przypadków:

I. N. 4676 1. IX. 1917 E. D., l. 20, podaje, że zachorowała przed 2-ma dniami, skarży się na ból ciągnący w podbródku, obfite ślinienie z ust, ból głowy i ból w kościach rąk i nóg. Na ból zębów lub ból w jamie ustnej wogóle nigdy nie cierpiała.

Badanie: Pod podbródkiem guz wielkości jaja gołębiego, twardy, skóra nad nim blada, sucha, błyszcząca, napięta; przy ucisku guz jest bolesny. Przy ucisku w miejscu obrzęku i masowaniu wydziela się z przewodu gruczołu podjęzykowego, ślina zwykła, ciągnąca się. Ujście przewodu nieco zaczerwienione, obrzęku niema. W jamie ustnej nie ma zadnych owrzodzeń, ani zepsutych zębów, żadnego zaczerwienienia błony śluzowej. Gruczoły przyuszne podszczękowe, karkowe i t. d. nie są powiększone; zresztą stan innych narządów prawidłowy. Ciepłota 37·8° rano, wieczorem 38·4°. 2. IX. czuje się lepiej t. rano 37·2, wieczorem 37·6. 3. IX. Idem. t. prawidłowa. 6. IX. Obrzęk mniej twardy i mniejszy, wydzielanie śliny prawidłowe, czuje się dobrze.

Ostatni raz widziałem chorą 15. IX. zupełnie zdrową.

II. N. 4675. 1. IX. A. O., lat 8. Matka opowiada, że zachorował przed 3-ma dniami, wśród bólów rwących w okolicy podbródka; za powód podaje, że spał w nocy w polu na wilgotnej ziemi; obecnie obfite ślinienie, ból głowy, bóle w krzyżach. Stan obecny: na górnej wardze *herpes labialis*; w jamie ustnej zepsutych zębów ani owrzodzeń niema; błona śluzowa jamy ustnej nie zaczerwieniona, ujście przewodu gruczołu podjęzykowego zaczerwienione, z przewodu wydziela się ślina z drobnemi strzępkami. Pod podbródkiem obrzęk twardy, który przypomina nam jakby drugi podbródek, skóra w tem miejscu naciągnięta, błyszcząca, sucha, nie zaczerwieniona — inne gruczoły nie powiększone, niebolesne. Ślina wprost leje się z ust. 1. IX. Ciepłota rano 37·9°, wieczorem 38·8°. 2. IX. Ciepłota rano 38·3°, wieczorem 39·2°, skarży się na bóle głowy, dreszcze, nie może się utrzymać na nogach. 3. IX. W nocy pocił się silnie, rano ciepłota 37°, czuje się lepiej, obrzęk pod podbródkiem nieco mniejszy. Później widziałem chorego 18. IX. Obrzęku nie ma, czuje się dobrze.

III. N. 4687. 1. IX. R. J., l. 23, chora już od 6 dni, zachorowała wśród bólu w podbródku i bólu głowy, obfite ślinienie z ust. W następnym dniu pojawił się obrzęk pod podbródkiem, który w następnych 2-ch dniach powiększył się; obecnie obrzęk utrzymuje się w jednym stanie, ślinienie nieco mniejsze. Z początku ciepłota była podwyższona, obecnie prawidłowa. Stan obecny: usta otwarte, z ust cieknie obficie ślina, język nie obrzękły, w jamie ustnej żadnych owrzodzeń, błona jej śluzowa prawidłowa, ujście przewodu gruczołu podjęzykowego prawidłowe. Pod podbródkiem obrzęk twardy, nie bolesny przy dotyku, skóra blada, przesuwalna lekko nad obrzękiem. 8. IX. W przeciągu tygodnia pod wpływem okładów z 10% ichtyolem obrzęk znikł, chora czuje się dobrze, w miejscu obrzęku nieznaczne stwardnienie.

IV. N. 4741. F. A., l. 2. 5. IX. Zachorował przed 3-ma dniami z gorączką, dziecko ciągle krzyczy, w nocy nie śpi, z ust ciągłe ślinienie. Badanie: Dziecko dobrze rozwinięte, blade. Ciepłota 37·6°. Błona śluzowa jamy ustnej prawidłowa, owrzodzeń ani opuchnięcia dziąseł, ani zepsutych zębów nie ma. Pod podbródkiem obrzęk wielkości orzecha włoskiego twardy, skóra nad nim napięta, nie zaczerwieniona. Inne gruczoły nie powiększone. Dziecka tego więcej nie widziałem.

V. N. 4750. P. J., l. 22, 5. IX. 1917. Zachorował przed 5 dniami z podwyższeniem ciepłoty ciała, bólem głowy, bólami w kościach i stawach, a na następny dzień pojawił się obrzęk pod podbródkiem i obfite ślinienie. Chory nie może dobrze otworzyć ust i czuje głównie bóle przy jedzeniu, wskutek czego żywi się od czasu zachorowania tylko mlekiem. Obrzęk więcej się nie powiększa, ale też i nie zmniejsza. Przy badaniu znaleziono uzębienie i błonę śluzową jamy ust i ujście przewodu gruczołu podjęzykowego bez zmian. Pod podbródkiem obrzęk szeroki, rozlany, wielkości pół rubla srebrnego, twardy, skóra nad nim nie zmieniona. Ciepłota miejscowa nie podwyższona, ciepłota ciała 37°. Chory ten więcej do ambulatorjum się nie zgłosił.

VI. N. 4797. M. G., l. 5., 9. IX. Matka opowiada, że córka zachorowała przed 2-ma tygodniami z gorączką, kaszlem, ślinieniem, bólem głowy, później po 2-ch dniach wystąpił obrzęk pod podbródkiem, gorączka była tylko przez 4—5 dni, później chora czuła się dobrze, obecnie zgłasza się tylko z powodu obrzęku pod podbródkiem, który nie znika. Badaniem stwierdzono prawidłowy stan jamy ustnej i gruczołów przyusznych podszczękowych, karkowych i szyjnych; pod podbródkiem obrzęk rozlany, nie bardzo twardy, bolesny, skóra nad nim nie zmieniona. Ciepłota ciała prawidłowa. — Polecono 10% Ichtiol do okładów. Chorą widziałem po dwóch tygodniach — obrzęk znikł.

VII. N. 4808. N. Cz., l. 13. 10. IX. Zachorował przed czterema dniami podczas robót w polu — (noce były zimne i spał na wilgotnej ziemi, czemu przypisuje przyczynę zachorowania). Zrazu bóle głowy, dreszcz, bóle w stawach i kościach, tak że chodzić nie może. Równocześnie w 1. dniu zachorowania pojawił się obrzęk pod podbródkiem i ból rwący w tem miejscu. Badanie: Ciepł. 38·4. Na wardze w kącie ust *herpes labialis*. Błona śluzowa jamy ust prawidłowa, zepsutych zębów nie ma. Ujście przewodu gruczołu podjęzykowego zaczerwienione. Pod podbródkiem obrzęk twardy rozlany wielkości rubla srebrnego. Skóra nad nim prawidłowa, fluktuacji niema. Przy ucisku na miejsce obrzęku wydziela się z ujścia przewodu ślina biaława gęsta z białemi nitkami, gruczoły podszczękowe nieco większe, twarde, nie bolesne; szyjne, karkowe, przyuszne, nie powiększone. 10. IX. Ciepł. 38·6. 11. IX. Ciepł. rano 38·1° C. Stan taki sam. 12. IX. Ciepł. 37·2. Czuje się lepiej, obrzęk nie większy. Chorego więcej nie widziałem.

VIII. N. 5185. I. A. 1 rok. 3. X. Zachorował przed 3-ma dniami; dziecko płacze ciągle, ślini, dnia poprzedniego matka zauważyła obrzęk pod podbródkiem. Dotychczas dziecko karmione piersią, od chwili zachorowania piersi nie bierze. Badanie: Ciemię wielkie nie zarosłe, stać samo nie może, zęby tylko po 2 siekacze w każdej szczęce. Błona śluzowa jamy ustnej prawidłowa. Warga dolna i język nie zmienione; pod podbródkiem rozlany obrzęk twardy, bolesny przy dotyku. Skóra nad nim nie zmieniona. Ciepłota 37·6° C. Gruczoły podszczękowe, szyjne, karkowe, przyuszne, nie powiększone. 8. X. Obrzęk taki sam, dziecko spokojniejsze, obrzęk przy dotyku niebolesny. Ciepłota 36·4° C. 11. X. Obrzęk znacznie mniejszy, dziecko spokojne, ssie pierś.

IX. Z prywatnej praktyki. K. M., lat 12. 10. X. Zachorował przed 5 dniami, z dreszczem, bólem głowy, łamaniem w kościach rąk i nóg, ciepłota była podwyższona przez pierwsze 4 dni, dochodziła do. 39° C. Na drugi dzień po zachorowaniu pojawił się obrzęk pod podbródkiem, który dalej się nie powiększa, i ślinienie. W nocy chory spać nie może, wskutek bólów rwących w całej szczęce dolnej. Badanie: błona śluzowa

jamy ustnej bez owrzodzeń, nie zmieniona, zepsutych zębów ani opuchnięcia dziąseł nie ma. Pod podbródkiem duży rozlany obrzęk, tak że przypomina drugi wiszący podbródek u ludzi otyłych. Inne gruczoły nie powiększone, nie bolesne. 22. X. widziałem chorego, gdy zgłosił się do mnie po świadectwo dla szkoły, był zupełnie zdrów — po obrzęku ani śladu.

X. N. 5408. T. I., lat 11. 17. X. Zachorował przed 2-ma dniami z bólem głowy, bólami w kościach i krzyżach. W nocy pojawił się obrzęk pod podbródkiem, obfite ślinienie i bóle rwące w szczęce dolnej. Badanie: *herpes labialis* na wardze górnej pod nosem. Jama ustna i jej błona śluzowa nie zmieniona. Karjetycznych zębów niema, za wyjątkiem jednego zęba trzonowego w szczęce górnej, który jest niebolesny, dziąsła nie rozpulchnione ani nie obrzękłe. Język nie obłożony, na nim brodawka płaska (którą chory już ma od kilku lat). Pod podbródkiem obrzęk twardy, rozlany, na przestrzeni srebrnego rubla, przy dotyku bolesny. Przy lekkiem uciskaniu obrzęku wydziela się z ujścia przewodu gruczołu podjęzykowego ślina biała gęsta. Ciepłota 38·6° C. 18. X. Ciepłota 38·8°. Stan taki sam. Aspirini 0·30. 19. X. W nocy chory silnie się pocił, dzisiaj czuje się dobrze; bólów głowy ani w kościach nie ma, także bóle strzykające pod podbródkiem mniejsze. Ciepłota prawidłowa. 24. X. Obrzęk mniejszy, miękki, chory czuje się dobrze.

XI. N. 5569. K. M., l. 21, austrjacki jeniec wojenny. 20. X. Zachorował przed 8 dniami z bólem głowy; bóle rwące w szczęce dolnej, dreszcze i gorączka, bólu zębów nigdy nie miał. Ślinienie obfite z ust. Obecnie bólów żadnych nie ma, jest tylko obrzęk pod podbródkiem, który się nie zmniejsza, i ślinienie. Przy żuciu czuje ból w końcu języka i podbródku. Badanie: Błona śluzowa jamy ustnej i uzębienie żadnych nieprawidłowości nie przedstawia. Ujście przewodu ślinowego gruczołu podjęzykowego nieco zaczerwienione, przy ucisku na obrzękły gruczoł wielkości srebrnego rubla, wydziela się ślina biała, ciągnąca się. Inne gruczoły niepowiększone. Ciepłota obecnie prawidłowa. 20. X. Widziałem chorego — obrzęk znacznie mniejszy, miękki, nie bolesny.

Leczenie we wszystkich przypadkach było: w dzień ciepłe kompresy z grysu, otręb lub kaszy, na noc kompres z 10% mazi ichtyolowej lub roztworu *plumbum aceticum* 3%. Przeciw bólom głowy i łamaniu w kościach: Pyramidon, aspirin, salipyrin lub phenacetin.

Jak widać z przytoczonych historyj chorób, przypadki te zgadzają się zupełnie z tą jednostką chorobową, którą opisał Hegler. Uwagę należy zwrócić, że w 3-ch moich przypadkach zanotowano opryszczki na wargach. Wszystkie prawie zaczęły się nagle: dreszczem, gorączką, bólem głowy, łamaniem w kościach, we wszystkich prawie ciepłota była średnio podwyższona, przyczem podwyżka trwała tylko 3—4 dni, następnie poty, ciepłota spada, obrzęk zaś znika powoli do dni 14-tu. Zmiany w błonie śluzowej ust lub migdałkach albo zepsutych zębów w danych przypadkach nie było. Komplikacyj ze strony innych narządów, jak n. p. przy *parotitis epidemica* zapalenie jąder lub jajników i td., w żadnym przypadku nie spostrzeżono, chociaż baczną na to zwracałem uwagę. We wszystkich było obfite ślinienie, ślina wprost leje się z ust, zawiera tylko ciałka wypocinowe, nabłonki płaskie, w niektórych przypadkach nitki włóknika.

Wobec ostrego początku w zachorowaniu i objawów ogólnych, daną jednostkę chorobową należy odnieść do chorób ostrych zakaźnych, chociaż w żadnym przypadku, mimo dokładnych poszukiwań w danym kierunku, nie można było stwierdzić zachorowania i innych członków w jednej rodzinie. Większość zwracała uwagę, że zachorowała w polu, w czasie jesiennych robót polnych, po spaniu na gołej ziemi; za powód podawano przeziębienie.

Z chorób w tym czasie zanotowanych w ambulatorjum zwraca tylko uwagę większa liczba chorych na influencę i gościec stawowy, o czem wspominam tylko dlatego, że niektóre z objawów ogólnych, przypominają objawy tejże grupy chorób. Niestety z braku urządzeń laboratoryjnych i bakterjologicznych na miejscu, nie mogłem się dokładniej zająć wyjaśnieniem tej jednostki chorobowej. Dane powyższe podaję tylko, by zwrócić uwagę kolegów na ewentualne przypadki tej choroby i jako przyczynek do nie rozstrzygniętej jeszcze sprawy. W każdym razie z dotychczasowych danych można wnosić, że mamy tu do czynienia z nową jednostką chorobową, bardzo rzadko występującą. Może być, że tak, jak przy *parotitis epidemica* zostaje właśnie atakowany gruczoł przyuszny, tak w tych przypadkach, nie wiadomo na razie dlaczego i zależnie od jakich okoliczności, zajęty zostaje gruczoł podjęzykowy.

Sprawozdania poglądowe.

EDWARD BRUNER. Warszawa.

O znamionach typu Vörnera.

W roku 1906 dermatolog lipski Vörner opisał po raz pierwszy pod nazwą *naevus anaemicus* wrodzone plamy białe, występujące na skórze na ograniczonych przestrzeniach. Autor ten podał cechy kliniczne, wyraźnie odgraniczające cierpienie wzmiankowane od zmian, spowodowanych przez przemieszczenie barwika, optycznie zaś łudząco do niego podobnych (bielactwo wrodzone i nabyte). Na kilka lat przed Vörnerem Jadassohn spostrzegał takie same plamy i wyodrębniał je klinicznie, nie ogłosił jednakże spostrzeżeń swych drukiem. Ten więc typ znamion związany być musi z nazwiskiem Vörnera, który w 1915 r. uzupełnił pierwsze swe doniesienie, opierając się już na 16 przypadkach.

Na nową tę, dotychczas nieopisywaną, postać zboczeń rozwojowych skóry zwrócili przedewszystkiem uwagę Buschke i Jadassohn.

W 1909 roku ukazuje się z oddziału Buschkego (szpital im. Virchova w Berlinie) praca Fischera, w 1912 roku moja, wreszcie ostatnio w roku ubiegłym — samego Buschkego.

Z kliniki berneńskiej Jadassohna piszą o *naevus anaemicus* Stein w 1910 r. oraz Naegeli w 1916 r. Pozatem w piśmiennictwie niemieckiem znajdujemy jeszcze w tej sprawie spostrzeżenia Seegera, Meirovsky'ego, Wagnera i Saphiera, w piśmiennictwie zaś francuzkiem pierwszy przypadek znamienia bladego ogłaszają w 1914 r. Nanta i Lavau z kliniki tuluskiej Audry'ego, jako *angio-naevus anaemicus*. W roku ubiegłym Dohi z Japonji opisał 4 przypadki znamienia bladego. Niezależnie od tych ogłoszeń na posiedzeniach towarzystw dermatologicznych, niektórzy z autorów przedstawiają odnośnych chorych, a więc w towarzystwie wiedeńskiem — Sprinzels (1910 r.) i Lipschütz (1918 r.), w monachijskiem — Saphier i Tiefenbrunner (1921 r.), w londyńskiem — Graham Little (1920 r.), na zjeździe dermat. skandynawskich w Kopenhadze (1919 r.) — With, u nas wreszcie w Tow. derm. lwowskiem (posiedzenie lutowe 1922 r.) — Leszczyński. W ten sposób liczba opisanych względnie demonstrowanych przypadków wzrosła do 60. Gromada znamion została wzbogacona o nową postać, którą już uwzględniają najnowsze podręczniki dermatologiczne (Bernhardt'a, Brocq'a).

Znamię blade, jako wykwit poszczególny, przedstawia się nam pod postacią plamy wielkości od główki szpilki do soczewicy, owalnej lub okrągłej, nie wznoszącej się ponad powierzchnię otoczenia. Już od pierwszego wejrzenia uderza nas bladość tej plamy w stosunku do sąsiadujących odcinków skóry, nie wykazujących zazwyczaj żadnych zmian patologicznych. Plamy te niejednokrotnie zlewają się ze sobą w większe ogniska, dochodzące do rozmiarów dłoni ludzkiej, lub też tworzą grupy wykwitów, pooddzielanych pasemkami skóry normalnie ukrwionej. Postać znamion jest wogóle bardzo nieprawidłowa, brzegi nierówne, zazębione, niewyraźnie odcinające się od otoczenia, w przeciwstawieniu do zmian barwikowych, zwykle bardzo ostro odgraniczonych. W obrębie znamienia spostrzegamy często wysepki o barwie normalnej, na brzegach zaś — plamki blade, bezładnie rozsiane wśród skóry zdrowej, czasami połączone jakby mostkami z wykwitem środkowym.

W przypadkach poszczególnych znamię zajmuje bardzo rozległe przestrzenie; umiejscowienie jego jest prawie dość ściśle jednostronne, jednakże bez ułożenia systemowego. Płeć — zdaje się — roli nie odgrywa.

W $^1/_3$ przypadków siedzibą znamienia jest tułów, głównie przednia część klatki piersiowej, wyjątkowo tylko kończyny dolne.

Dwa zasadnicze objawy kliniczne rozstrzygają o rozpoznaniu: występowanie wyraźniejsze plam przy wywołaniu przekrwienia oraz ustępowanie ich przy ucisku szkiełkiem.

Przy tarciu np. skóry otoczenie plam staje się żywoczerwonem, uwydatniając tembardziej jaskrawo odcień blady

znamienia, na które słabe podrażnienie mechaniczne wpływu żadnego nie wywiera. Jeżeli zaś uciskamy mocno szkiełkiem znamię wraz z przylegającemi częściami zdrowemi, granica pomiędzy niemi zaciera się zupełnie. W niektórych, co prawda, przypadkach otoczenie jest normalnie nieznacznie przekrwione, co nam na pierwszy rzut oka uwidocznia znamiona, w innych za to plamki zaledwie można zauważyć. Dopiero po sztucznem podrażnieniu skóry, jak np. w spostrzeżeniu Wagnera po naświetlaniu lampą kwarcową — miejsca blade wystąpiły wyraźnie na tle rumienia. Vörner już w pierwszej swej pracy zdawał sobie doskonale sprawę z tego, iż mamy w danym razie do czynienia z zaburzeniami wrodzonemi rozwojowemi skóry.

Przeprowadzając badania drobnowidowe wyciętych kawałków znamienia, autor ten stwierdził brak naczyń tętniczych i żylnych. Zastępowały je naczynia włosowate, które — według poglądu Vörnera — nie były w stanie rozszerzać się pod wpływem bodźców zewnętrznych. Badania jednakże innych autorów, jako to Fischera, Steina i moje, zgodnie wykazały, iż obraz drobnowidzowy znamienia bezwzględnie niczem się nie różni od obrazu skóry normalnie ukrwionej. Naczynia, ilość barwika, budowa gruczołów zupełnie nie odbiegały od normy.

Nie mogąc objaśnić zjawiska na podstawie histo-patologicznej, przeprowadzono szereg prób czynnościowych w przypuszczeniu, że na tej drodze uda się wytłómaczyć przyczynę umiejscowionej niedomogi naczyniowej.

Już i bez badania drobnowidowego, mając na uwadze tylko objawy kliniczne, można było wykluczyć zmiany barwikowe. Zaburzeń czucia dotykowego, bólowego, jakoteż cieplnego, nie notowano nigdy. Działalność gruczołów potowych jest zupełnie prawidłowa.

Przy tarciu słabem skóry znamię pozostaje bladem, jeżeli jednakże zabieg ten wykonamy energiczniej, to otrzymamy przekrwienie miejsc bladych z tą tylko różnicą, iż ukaże ono się później, ustąpi zaś szybciej, niż w otoczeniu zdrowem. Zaczerwienienie to będzie nieznacznego stopnia, obejmie czasami tylko pewne części znamienia. U osobników z wrażliwym układem naczynioworuchowym, a zatem u takich, u których z łatwością spowodować możemy wystąpienie odczynu skóry czerwonej (*dermographismus*), spostrzegamy, co następuje.

Wbrew pierwotnemu przypuszczeniu Vörnera pręga czerwona, a następowo biała, powstaje również w obrębie znamienia i w przebiegu swym nie różni się od odczynu, wywołanego w innych miejscach powierzchni ciała. Jedynie obrzeża czerwone, otaczające smugi, giną szybciej w obrębie znamienia. Przy próbach z śródskórnemi zastrzykiwaniami 1% roztworu morfiny i przy działaniu na skórę śniegu kwasowęglowego otrzymujemy bąble, względnie pęcherze, których rozwój oraz zanik są zupełnie prawidłowe. Różnicę wykazać możemy tylko jak i uprzednio, w zachowaniu się otoczek rumieniowych (Stein).

Wyniki, otrzymane przezemnie przy naświetlaniu lampą kwarcową miejsc bladych oraz otoczenia ich, wykazują, iż promienie pozafijołkowe są w stanie wywołać, choć nieco później, przekrwienie znamienia, a w dalszym ciągu i zapalenie skóry. Przy dużym stopniu nasilenia zapalnego różnice stają się już nieuchwytne dla oka.

I w tych doświadczeniach zawsze stwierdzałem szybsze ustępowanie zaczerwienienia w miejscach bladych.

Vörner powtarzał próby z działaniem promieni świetlnych. Wyniki, otrzymane przez niego, w zupełności zgadzają się z mojemi. Podobne zmiany otrzymamy i wtedy, gdy bodziec drażniący będzie działał od wewnątrz. Tenże Vörner spostrzegał, iż osutka odrowa, która wystąpiła u 5-cio letniego dziecka z *naevus anaemicus*, początkowo tylko była słabiej zaznaczona w ogniskach bladych. W miarę rozwoju sprawy różnica ta zupełnie się zatarła. Tak samo przebiegała w obrębie znamienia osutka plamisto-grudkowata przymiotowa. Jeżeli jednakże bodziec doprowadza tylko do szybko przemijającego rozszerzenia naczyń, to znamię pozostaje blade.

Tak było w spostrzeganym przezemnie przypadku.

Zgłosiła się do mnie chora, w wieku lat dwudziestu kilku, z prośbą o poradę z powodu pryszczycy łojotokowej uwłosionej głowy.

Badając, zupełnie przypadkowo, jak to zwykle bywa, zauważyłem plamy blade na policzku prawym o wyglądzie charakterystycznym dla znamienia typu Vörnera. Przy ucisku szkiełkiem granice plam zupełnie się zacierały. Otoczenie ich było nieznacznie zaczerwienione, co tem bardziej uwydatniało obraz chorobowy. Osoba ta przy opowiadaniu o swych dolegliwościach łatwo się podniecała i wtedy na twarz jej oraz szyję występował wybitny rumień przelotny. Rumień nigdy nie przekraczał granicy plam. Przy silnem zaś bardzo tarciu skóry udawało się wywołać krótkotrwałe zaczerwienienie.

Podobne spostrzeżenia poczynił i Vörner u dwóch chorych. U jednego z nich *naevus anaemicus* występował na tle *erythema pudendi*, u drugiego zaś na skórze zaczerwienionej wskutek podniesionej ciepłoty ciała. W obydwóch przypadkach przekrwienie nie obejmowało miejsc bladych. Przy ucisku znamienia pomiędzy palcami w fałdzie skórnym staje się ono niewidocznem.

To samo bywa, jeżeli np. na ramię nałożymy opaskę uciskającą powyżej ogniska chorobowego. Znaczyło by to, iż pod wpływem zastoju naczynia wypełniają się krwią i zmieniają barwę skóry bladej. Vörner przypisuje momentowi zastoinowemu znaczenie decydujące w wywoływaniu przekrwienia mechanicznego, podczas którego wywieramy na skórę słabszy lub silniejszy ucisk.

Czy możemy na zasadzie tych badań czynnościowych wyciągnąć jakie wnioski co do zachowania się układu naczyniowego względnie naczynioruchowego znamienia?

Vörner snuje przypuszczenie, iż naczynia są jakby dostosowane do najwyższego stopnia napełnienia krwią. Warunki patologiczne, jako to sprawy zastoinowe i zapalne, mogą stan ten zmienić.

Wszystkie zaś bodźce ośrodkowe, jakoteż obwodowe, które wywołują tylko przekrwienie odruchowe, nie okazują wpływu na stan naczyń. Według zaś Buschkego z badań tych wypływa, iż bodźce, które działają bezpośrednio na ścianę naczyniową, mogą wywołać normalne wypełnienie naczyń krwią, te zaś, które działają za pośrednictwem układu nerwowego, odczynu żadnego nie dają.

Zdaniem mojem należy bardzo krytycznie zapatrywać się na zjawiska opisane, subjektywizm bowiem badacza odgrywa tu rolę doniosłą. Z całą pewnością możemy tylko stwierdzić, iż układ naczyniowy znamienia bladego pod wpływem różnorakich bodźców daje odczyn jakościowo słabszy, niż układ naczyniowy otoczenia. Dopiero w miarę potęgowania się podrażnienia zjawia się odczyn, który już zasadniczo nie różni się od odczynu naczyń skóry zdrowej. W ten sposób możemy spostrzegać w obrębie znamienia sprawy pokrzywkowe, zapalne oraz zastoinowe.

Niezależnie od badań tych, w znacznym stopniu uwarunkowanych subjektywizmem autorów, poczyniono w ostatnich latach szereg obserwacyj klinicznych, potwierdzających przypuszczenie o przynależności znamienia bladego do grupy wrodzonych zaburzeń rozwojowych skóry.

Zwrócono mianowicie uwagę na współistnienie w znacznej liczbie przypadków innych znamion, a głównie — barwikowych i naczyniowych. Ilość tych znamion oraz wzajemny ich stosunek podlega najrozmaitszym wahaniom. W dalszym ciągu opisano (Nägeli, Wagner) kilka przypadków choroby Recklinghausena, w których stwierdzono współistnienie zupełnie typowych znamion bladych. Wagner wykrył *n. anaem.* u chorego ze znamionami typu Pringle'a. Rozszerzenia naczyniowe w otoczeniu plam bladych były od samego początku przedmiotem uwagi autorów.

Zdarzają się one bardzo często; widywałem je kilkakrotnie w przypadkach berlińskich na oddziale Buschkego oraz u chorej, opisanej powyżej. Miała ona na policzku dość gęstą siateczkę naczyniową, nieregularnie okalającą blaszki znamienia. Po za uchem zaś stwierdziłem u niej obecność znamienia naczyniowego wielkości wiśni. Do tego ostatniego współistnienia większość autorów przywiązuje szczególniejsze znaczenie, wiążąc genetycznie obydwa typy znamion.

Przypadki takie opisali Stein, Vörner, Fischer i Buschke.

Bardzo ciekawy jest zwłaszcza przypadek ostatniego

przytoczonego autora, w którym obok rozległego znamienia naczyniowego, przebiegającego pod postacią smug linijnych, znajdowało się też rozległe znamię blade.

Otrzymywało się wrażenie, jakoby jedna postać przechodziła bezpośrednio w drugą.

Tutaj też odnoszą się dwa spostrzeżenia Bernhardta z jego praktyki prywatnej, łaskawie mi zakomunikowane.

Przypadek I. Osobnik 19-letni, z kilą wrodzoną. Asymetrja twarzy. *Spina bifida occulta Hypertrichosis sacralis.* W okolicy kąta lewej łopatki znamię blade wielkości pół dłoni ludzkiej obok licznych znamion barwikowych i naczyniowych w innych miejscach ciała.

Przypadek II. 27-letni chory ze świerzbem. W okolicy lędźwiowej znamię blade wielkości pół dłoni ludzkiej z nieco rozszerzonemi naczyniami krwionośnemi na obwodzie.

Ze zrozumiałych względów plamy blade praktycznego znaczenia nie posiadają, powiększenia się ich nigdy nie notowano. Znajomość ich jednakże z punktu widzenia teoretycznego jest ważną, gdyż z jednej strony rozszerza nasze pojęcia o znamionach, z drugiej zaś pobudza do dalszych badań, mających na celu wyjaśnienie mechanizmu wrodzonego umiejscowionego niedokrwienia skóry. Na pytanie to bowiem dzisiaj nie jesteśmy w stanie dać decydującej odpowiedzi. Nie będę tu wchodził w szczegółowe rozpatrywanie czasami bardzo daleko idących i dość naciągniętych przypuszczeń autorów, zaznaczę tylko, iż walczą ze sobą dwie teorje.

Jedna z nich upatruje przyczynę zaburzenia we wrodzonych wadliwościach samego tylko układu naczyniowego skóry, inne zaś doszukują się zmian pierwotnych w nerwach naczyń. Chociaż początkowe badania histologiczne Vörnera, o których wspomniałem, nie zostały potwierdzone przez innych badaczów, jednakże Saphier na zasadzie metody dermatoskopowej dochodzi do przekonania, iż w obrębie blaszek znamieniowych znajdują się tylko naczynia włosowate. W ten sposób ogólna pojemność naczyniowa jest zmniejszona w stosunku do normy.

Badanie dermatoskopowe jest jeszcze tak niedawne, tak mało sprawdzone i podlegać może jeszcze takiej krytyce, iż wyciąganie na jego podstawie zupełnie pewnych wniosków jest stanowczo przedwczesne.

Stein i Näegeli skłonni są do przypuszczenia, iż ogólna ilość naczyń jest mniejsza, chociaż dowodów oczywistych przytoczyć nie mogą.

Zauważyć należy, iż teorja naczyniowa jest zasadniczo bardziej prosta i dość łatwo możnaby objaśnić na jej podstawie zjawiska zachodzące w znamieniu. Przyjąć jej jednakże bez zastrzeżeń nie możemy. Zwolennikiem teorji nerwowej jest przedewszystkiem Buschke. Uważa on, iż znamiona blade i naczyniowe są to pokrewne wadliwości rozwojowe: podczas gdy w pierwszych zachodzi brak lub niedorozwój vasodilatatorów, w drugich vasokonstriktorów. Fischer mówi o stałem zaburzeniu czynnościowem nerwów naczyniowych, Vörner (w drugiem doniesieniu) przenosi punkt ciężkości na zwoje nerwowo w ścianach naczyń, które automatycznie regulują ich skurcz i rozkurcz.

Wskutek bardzo jeszcze skąpych wiadomości naszych o anatomji i fizjologji układu naczynioruchowego skóry — przypuszczenia autorów mogą być uważane za mniej lub więcej śmiałe hipotezy. Znamię blade nie spotyka się tak rzadko, jakby się zdawało na pierwszy rzut oka. Z chwilą zaznajomienia się większej liczby kolegów z objawami klinicznemi znamion, spostrzeżenia będą się mnożyły.

Niektóre plamy, przyjmowane za bielactwo wrodzone lub nabyte, względnie za powstałe w przebiegu przymiotu czy łuszczycy, przy bliższem zbadaniu okażą się znamionami blademi.

Nazwa *naevus anaemicus*, podana pierwotnie przez Vörnera, może nie jest zbyt szczęśliwie pomyślana. Czy nie lepiej by było nadać znamieniu miano czysto opisowe (*naevus albus* lub *angio-naevus albus*), jak to czyni Bernhardt w synonimie tego cierpienia.

Piśmiennictwo.

Do roku 1912 w pracy mojej Naevus anaemicus Gazeta Lekarska 1912 rok N. 14. str. 363 (to samo po niemiecku Iconographia dermatologica 1914 r. str. 277). — Bernhardt. Choroby skóry. — Brocq. Précis-atlas de pratiq. dermatol. 1921. — Buschke. Archiv für Derm. t. 129. str. 233. — Dohi Sh. Zeitschrift f. Derm. u. Urol. Tom 21. N. 1. str. 3—4 1921 r. ref. Centralblatt f. Haut und Geschlechtskrankheiten tom IV. zeszyt 6 str. 351. — Meirovsky. Zur Kenntnis des Naevus anaemicus Vörner. Dermatol. Wochenschrift Tom LXIII u. 35 str. 833. — Naegeli. Naevi anaemici und Recklinghausensche Krankheit, Archiv 1916 r. CXXI. zeszyt 5 str. 772. — Nauta i Lavau. Sur l'angio-naevus anémique. Annales de Derm. 1914 r. Tom V. N. 8—9. str. 472. — Saphier. Die Dermatoskopie II. Mitteilung Archiv T. 132. str. 69. — Vörner. Zur Kenntis des Naevus anaemicus Vörner, Archiv. 1916 r. T. CXXI. zeszyt 5 str. 369. — Wagner Richard. Zum Wesen des Naev. anaem. Dermat. Wochenschrift N. 36 r. 1921.

Oceny i sprawozdania.

Schmidt Richard. **Fakire und Fakirtum im alten und modernen Indien.** Yoga-Lehre und Yoga-Praxis nach den indischen Originalquellen. Mit 87 erstmalig veröffentlichten indischen Original-Zeichnungen und 2 Abbildungen. II Aufl. Berlin, Barsdorf 1921.

Książkę o fakirach biorę do ręki z ciekawością, ale przedewszystkiem postanawiam upewnić się, o ile autor jest sprawozdawcą wiarogodnym. Czytam przedmowę i nabieram zaufania. Autor w niej mówi, że ogromna większość fakirów to prości złodzieje i oszuści, że jeżeli się zabrał do tego tematu, to tylko dlatego, że widzi w nim ciekawy i niezwykły rozdział z historji ludzkiej głupoty. Do uważnego czytania dzieła zniewalają mnie liczne ilustracje, wzięte z oryginalnych rysunków indyjskich, przedstawiające fakirów w ich niezwykłych i nieprawdopodobnych pozach.

Jak wiadomo, fakirów, mniej lub więcej prawdziwych, znajduje się w Indjach olbrzymie mnóstwo. Podróżnik spotyka ich wszędzie: zarówno na ulicach miast, jak na drogach i w lasach, gdzie nieraz bywają pożerani przez dzikie zwierzęta. Fakir jest nagi i okryty łachmanami, włosy ma długie i rozczochrane, obsypany cały popiołem; przy nim stoi dzbanek, do którego przechodzień rzuca fakirowi pożywienie.

Pod względem lekarskim fakir jest postacią do tej pory mało zbadaną. Zasługują na uwagę pozy, przez fakirów przybierane, dla zwykłego śmiertelnika niemożliwe, będące wyrazem ćwiczeń i ascezy, najdalej posuniętej, niewątpliwie także nieraz katalepsji. Przybrawszy pozę, fakir nie zmienia jej tygodniami i miesiącami. Obserwowano fakirów, którzy po trzy lata i dłużej stali na jednem miejscu Im bardziej fakir jest zdany na łaskę przechodnia, tem bardziej jest święty. Dobrowolne kalectwa nie należą do rzadkości. Fakir podnosi rękę prosto do góry, przywiązuje ją w tej pozycji do prostopadłego kija i pozostaje tak długo, aż ręka uschnie, zesztywnieje i nie da się więcej spuścić. Jeżeli obie ręce w ten sposób zesztywniały, święty fakir zdany jest wtedy oczywiście bezwzględnie na łaskę przechodniów i zowie się urdhvabahu. Widziano fakirów z zamkniętą na zawsze ręką. Z palców nieużywanych i wychudłych wyrastają paznokcie, jak pazury i wpijają się głęboko w dłoń, nawet aż na wylot do grzbietu ręki.

Fakir mało je. Długotrwałe okresy postu a nawet głodu sprawiają, że fakirowi wystarczają bardzo małe ilości pożywienia. Szczytem opanowania ciała jest zapadanie w długotrwały sen bez żadnego pożywienia. Sen taki z zakopywaniem fakira w ziemię na 6 tygodni, wielokrotnie przez podróżników opisany, uchodził nieraz wśród lekarzy za nieprawdopodobną bajkę. A jednak liczne spostrzeżenia, protokolarnie dokonywane z zupełną niewiarą i wszelkiemi ostrożnościami, wskazują, zdaje się, niezbicie, że to są fakty, a nie bajki. Schmidt należy do autorów bardzo ostrożnie wnioskujących. Podaje, że fakirzy, którzy naprawdę umieją w taki sen zapadać, należą do rzadkości. Najsławniejszy z nich był Haridas. Na wstępie dzieła jest jego portret. Zapadał on w taki sen niejednokrotnie. Anglicy przestali już niewierzyć, mają bowiem zbyt liczne wiarogodne opisy protokolarne, ze strażami wojskowemi, z sianiem trawy na grobie śpiącego fakira i t. p. Obecnie spokojnie studjują te rzadkie fakty »ludzkiego snu zimowego« (*human hibernation*).

Zakopywanie zresztą jest rzeczą niebezpieczną. Raz po raz zdarzają się fakty, że fakir zakopany kończy rzeczywistą śmiercią. Z opisów wynika, że potrzebne są tutaj następu-

jące ostrożności. Przedewszystkiem długotrwałe, często powtarzane posty aż do zupełnego głodu oraz ćwiczenia w zatrzymywaniu oddechu; przed snem fakir kilka dni nic nie je, zażywa środki przeczyszczające, oczyszcza sobie żołądek zapomocą długiej taśmy płóciennej, którą łyka i wydobywa, zatyka sobie woskiem wszystkie otwory ciała, wreszcie w specjalny sposób cofa język do gardła. Przy budzeniu śpiącego fakira pierwszą rzeczą jest otworzenie nożem ust i wydobycie z powrotem języka. Rozcieranie ciała dokonywa reszty.

Być może, sen fakirów nie zupełnie odpowiada przyjętym w europejskiej medycynie poglądom i teorjom. Ale medycyna jest nauką opartą na faktach. Jeżeli fakty nie odpowiadają teorji, to teorję należy odrzucić, fakty przyjąć i szukać innej teorji. Dlatego Schmidta warto przeczytać.

S u d h o f f Karl. **Geschichte der Zahnheilkunde.** Ein Leitfaden für den Unterricht und für die Forschung. Mit 125 Abbildungen. Leipzig, Barth 1921 str. 205.

Dawniejsze podręczniki G e i s t-J a c o b i' e g o (Geschichte der Zahnheilkunde 1896) i G u e r i n i' e g o (A History of Dentistry 1909) uzupełnia najnowszy podręcznik Sudhoffa. Wydany pięknie na kredowym papierze z licznemi ilustracjami, daje zajmujący obraz rozwoju sztuki pielęgnowania zębów od najdawniejszych czasów aż po czasy obecne. Zwracają uwagę wśród pięknych ilustracji narzędzia ludów pierwotnych, skrzynka toaletowa królowej Mentuhotep z 13-ej dynastji egipskiej, sztuczne zęby fenickie z IV-go wieku prz. Chr., eleganckie wykałaczki chińskie, złote mostki etruskie, narzędzia ojca nowoczesnej dentystyki F a u c h a r d a itp.

Wykład przystępny i zajmujący powstał z kursu, wygłoszonego kilkakrotnie przez autora dla studjujących dentystykę w Lipsku. Autor zresztą, jak wiadomo, nie jest dentystą, lecz historykiem medycyny, w szczegóły, zwłaszcza nowoczesne, się nie zapuszcza, natomiast daje obraz ogólny rozwoju dentystyki na tle historji kultury i historji medycyny. *Szumowski* (Kraków).

Przegląd piśmiennictwa.

Fizjologia.

I. N. L a n g l e y. (Cambridge). **Czy układ współczulny wywiera wpływ bezpośredni na mięsień prążkowany?** (Naturwissenschaften, t. X. str. 829, 22. IX. 1922). Artykuł wybitnego fizjologa angielskiego, twórcy współczesnej nauki o układzie współczulnym i autonomicznym, zajmuje się krytyczną oceną sprawy, określonej w nagłówku. »Teorję, która się raz zakorzeniła, trudno wytrzebić i dlatego należy ją poddać krytyce najwcześniej. Dzieje fizjologji wykazują, że pierwsze ujęcie teorji rzadko jest ścisłe; ale wykazują także, że naogół tkwi w nich ziarenko prawdy«.

Rozdział pierwszy zajmuje się krytyką źródeł histologicznych nauki o współczulnem unerwieniu mięśnia szkieletowego. Spostrzegane już dawniej zakończenia n e r w ó w b e z r d z e n n y c h w mięśniach szkieletowych stwierdził histolog holenderski B o c k e ogólnie i nazwał zakończeniami dodatkowemi (*accessorische Nervenendigungen)*, uważając je za zakończenia nerwów współczulnych. L a n g l e y omawia szczegółowo trudność i niepewność tego ostatniego wniosku, a w odniesieniu do niezbitych dowodów B o c k e' g o, A g d u h r a i B o e c k e g o z D u s s e r' em de Barcune, którzy po przecięciu nerwów mięśni ocznych, pni nerwów splotu ramieniowego, oraz nerwów piersiowych, spostrzegali zwyrodnienie włókien ruchowych i czuciowych, ale wywołali zwyrodnienia zakończeń dodatkowych nerwów bezrdzennych, które zatem musiały należeć do układu współczulnego. L a n g l e y podaje w wątpliwość, czy zakończenia te leżą rzeczywiście wewnątrz włókien, a nie należą do nadwłókniowych nerwów naczyniowych, i zaznacza pozatem, że tych zakończeń dodatkowych jest bardzo niewiele; streszcza swój pogląd w słowach: »że na pozór istnienie zakończeń współczulnych w mięśniach wydaje się rzeczą pewną, ale, że po dokładniejszem zbadaniu rzecz mogłaby się jeszcze okazać złudną«.

Rozdział drugi zajmuje się stroną eksperymentalną sprawy. Fizjolog holenderski de B o e r pierwszy spostrzegł, że w preparacie Broendgusta można obniżyć napięcie (*tonus*) odnóża żabiego jednej strony, jeśli przeciąć *rami comunicantes* tej strony między pasmem współczulnem a temi nerwami, które składają się na nerw biodrowy. Niezadawalniającą stroną tego doświadczenia jest fakt, że przecięcie zupełne nerwu nie powoduje dalszego obniżenia napięcia, a przecież niewątpliwie włókna mózgowo-rdzeniowe mają także udział w podtrzymaniu napięcia. Inni autorowie (J a n s m a, S a l e k, K u n o, M o n m a r y) otrzymywali po przecięciu *rami comunicantes* wyniki różne; L a n g l e y streszcza swój pogląd, uważając, że u żaby układ współczulny wywiera na napięcie mięśni wpływ conajwyżej bardzo nikły, i że zagadnienie obecnie jest takie, że nie chodzi o to, czy sam tylko układ współczulny pracuje nad napięciem mięśniowem, lecz czy wogóle na nie wpływa. Doświadczenia na ssakach normalnych nie dały wyników jasnych i zgodnych; w doświadczeniach nad sztywnością po oddzieleniu mózgu (*decerebration rigidity*) nie zdołano wykazać ani wpływu usunięcia pasma współczulnego, ani działania nikotyny na zwój szyjny dolny na napięcie nerwowe, ani wpływu u żaby przecięcia pasma współczulnego na odruch obłapieniowy samca.

Przedewszystkiem jednak w żadnym przypadku nie stwierdzono wzmożenia napięcia mięśniowego na skutek podniecenia układu współczulnego, czyto przez adrenalinę, czy też przez pobudzanie nerwu.

L a n g l e y streszcza swój pogląd następująco: »Jest naogół prawdopodobne, że układ współczulny wywiera nieznaczny wpływ na napięcie mięśni szkieletowych, nie jest jednak rzeczą pewną, czy się to dzieje bezpośrednio, czy też pośrednio. Za działaniem bezpośredniem przemawia to, że istnieją zakończenia współczulne w mięśniach, ale, ponieważ nie znamy dokładnie stosunków ilościowych, i. nie możemy w żadnym przypadku stwierdzić wzmożenia napięcia wskutek pobudzania nerwów współczulnych, musimy się wstrzymać od ostatecznego rozstrzygnięcia, czy takie działanie istnieje«.

Patologja eksperymentalna.

The Journal of metabolic Research. (Archiwum badań nad przemianą materji. Wydanie F. M. Allen. Morristown, N. Y.). Tom I. Nr. 1. 1922.

F. M. A l l e n. **Badania eksperymentalne nad cukrzycą.** Serja III: P a t o l o g j a c u k r z y c y. K o m u n i k a t 2.

W. B. M a r t i n. **Barwienie ziarenek w wysepkach Langerhansa trzustek cukrzyczych i niecukrzyczych.**

W wysypkach Langerhansa istnieją dwa rodzaje komórek, rozpoznane przez Schulzego, Diamera i Dewitt'a, a badane głównie przez Lane'a (Amer. Journ. Anatom. VII, 1907), Beneley'a (ibid. tom XII, (1911), Homans'a (Journ. of med. research, XXX (1914) 33 (1919), oraz autora (Anat. Record IX, 1915). Homans stwierdził, że w cukrzycy doświadczalnej zwierząt i cukrzycy ludzkiej tylko komórki β (beta) tracą uziarnienie i zanikają, natomiast komórki α (alfa) trwają, a uziarnienie ich nawet się wzmacnia. M. rozszerza te badania na cały szereg zwierząt laboratoryjnych, normalnych i pozbawionych cukrzycy, i na sześć przypadków cukrzycy ludzkiej, w celu stwierdzenia podanych przez innych badaczy cech komórek alfa i beta, badania zależności zmian patologicznych w wysepkach zwierząt, częściowo pozbawionych cukrzycy, od djety i przemiany cukrowej; wreszcie badań histologicznych nad cukrzycą ludzką. Technika: Zupełnie świeża tkanka, wzięta w przeciągu pierwszej godziny po śmierci, utrwalenia w oziębianym płynie, utrwalanie w płynie Z e n k e r a (5 gr sublimatu, 2·5 gr dwuchromianu, 2 ccm octu lodowatego, do 100 ccm wody), lub mieszaninie równych objętości nasyconego roztworu sublimatu w alkoholu 95% i 2·5 % roztworu wodnego dwuchromianu potasowego. Barwienie: roztwór wodny fioletu etylowego strąca się takimże roztworem kwaśnej azo-fuksyny; osad odsącza się, wymywa wodę i suszy; barwi się roztworem zawierającym 1 mg barwika w 100 ccm alkoholu 20%. Skrawki w parafinie, barwione przez 24 g., myte acetonem, różnicowane w acetonie, przeprowadzone przez toluol do balsamu. Tło czerwone: zymogen w gęstych fiołkowych ziarnach; ziarenka komórek alfa są ciemno fioletowe, ziarenka komórek beta są czerwone. Rozróżnienie komórek alfa i beta jest zupełnie ostre. Drugi sposób barwienia obojętną kombi-

nacją fioletu etylowego i oranżu G. w stężeniu 2 mg w 100 ccm alkoholu 20%. Tło jest żółte, zymogen fiołkowy, jądra niebieskie, komórki alfa są żółte, beta wypełnione są fioletowemi lub niebieskiemi ziarenkami. Potwierdzenie danych Homans'a: u wszystkich badanych ssaków stwierdzono obydwa rodzaje komórek; komórki alfa, większe i nieliczne, położone są odśrodkowo i zawierają liczne ziarenka barwiące się częścią zasadową barwika; komórki beta, o wiele liczniejsze, są mniejsze, o jądrze okrągłem, ułożone gęsto szeregami wzdłuż naczyń włoskowatych, wypełnione — przy wymienionych sposobach utrwalania — ziarenkami, zabarwionemi barwikiem kwaśnym. Po utrwaleniu w płynie wodnym (5 gr sublimatu 2·5 gr dwuchromianu do 100 ccm wody) jest obraz odwrotny zabarwienia ziarenek.

Autor spostrzegał zmiany w wysepkach Langerhansa na 79 psach, 38 kotach, pozbawionych trzustki, częstokroć w różnym okresie cukrzycy doświadczalnej, wywołanym przez stopniowe usuwanie trzustki, pogarszanie stanu cukrzycowego przez podawanie glukozy, lub polepszanie stosowną dietą. W zmianie chorobowej zwyrodnienia opuchlinowego wysepek odróżnić można cztery stadja: 1) obrzmienie komórek beta, rozrzedzenie uziarnienia; 2) wakuolizacja tych komórek, już pozbawionych ziarenek, ale bez zmiany jądra i zarysu komórek; 3) kurczenie się jądra i zatracenie się zarysu komórki; 4) zanik komórek beta tak, że wysepki składają się tylko z komórek alfa (4 barwne obrazy).

Komunikat 1. F. M. Allen. **Zwyrodnienie wodniczkowe wysepek Langerhansa po częściowem usunięciu trzustki.** (21 tablic). Zwyrodnienie wodniczkowe (spostrzeżone pierwotnie w cukrzycy ludzkiej przez Weichselbauma i Stangl'a) wysepek Langerhansa trzustki zachodzi zarówno w cukrzycy eksperymentalnej, jak i ludzkiej (Allen, Stillman, Fitz, Monograph. 11 of the Rockefeller Institute, 1919), i jest zjawiskiem swoistem dla cukrzycy, wywołanem przez wyczerpanie i wyniszczenie komórek beta, wskutek nadmiernego pobudzania wydzielania wewnętrznego tych komórek; nadmierne pobudzanie wywołane jest przez żywienie ponad miarę osłabionych zdolności przyswajania.

Badania A., wykonane w Szpitalu Instytutu Rockefellera, opierają się na spostrzeżeniach, poczynionych na 90 psach, u których przez usunięcie określonej części trzustki wywołano cukrzyce eksperymentalne w rozmaitym stopniu natężenia. 10 przykładów, w których usunięcie $^1/_3$ do $^8/_9$ trzustki nie wywołało cukrzycy czynnej, ani zmian w wysepkach; 34 przykładów, w których jednorazowe wycięcie $^7/_8$ do $^{69}/_{70}$ trzustki wywołuje — zależnie od djety — cukromocz i większe lub mniejsze zwyrodnienie opuchlinowe wysepek; 25 przykładów, w których stopniowe usuwanie trzustki — przyczem pobierano próby do kontroli histologicznej — wywoływało, w miarę występowania cukromoczu, w różnym stopniu zwyrodnienie wysepek: np. usunięto $^{15}/_{16}$ trzustki; djeta skąpa, bez cukromoczu; nie ma zmian w wysepkach; po 2 tygodniach usnnięto jeszcze 0·4 gr. trzustki; pozostałość miąższu i wysepek normalne; brak cukromoczu; usunięto dalsze 0·7 gr trzustki; po 3 miesiącach na djecie obfitej (chleb, cukier, mięso) cukrzyca, zanik wysepek, złożonych tylko z komórek alfa i nielicznych zwakuolizowanych beta; 11 przykładów, w których ciężka cukrzyca (usunięcie $^7/_8$ do $^{28}/_{29}$ trzustki) nie wybucha pod wpływem racjonalnej djety, a zmian w wysepkach brak.

Zmiany w wysepkach występują z ciężką cukrzycą w przeciągu 4 do 7 dni, zmiany maksymalne — zupełny zanik komórek beta — w 6 do 8 tygodni. Zmiany puchlinowe są w pewnych granicach odwracalne, i komórki już zwakuolizowane, o ile ich błonka nie pękała a jądro nie zwyrodniało nadmiernie, mogą, zdaje się, powrócić do stanu pierwotnego, jeśli stan cukrzycy poprawić przez djetę.

Cukrzyca zapalna — o takim samym stosunku $\frac{D}{N}$, jak po wycięciu zupełnem trzustki — trwa przy takiem zwyrodnieniu wysepek, w którem komórki beta zanikły, ale alfa trwają przy pełnem uziarnieniu. W takich stanach nie występuje charłactwo w podobnym stopniu, co po wycięciu zupełnem trzustki, a A. wnosi stąd, że charłactwo takie nie jest wywołane jedynie przez zaburzenie przemiany cukrowej, i że komórki trzustki inne, niż beta — więc alfa, zrazikowe lub przewodowe — dostarczają ustrojowi jakiegoś czynnika wewnętrznego.

Komunikat 3. F. M. Allen. **Wpływy nerwowe w powstawaniu cukrzycy doświadczalnej.** U zwierząt (psów i kotów), doprowadzonych przez częściowe wycięcie trzustki do granicy między stanem normalnym a cukrzycą, u których przez obfitszą djetę można wywołać objawy cukrzycy, wpływy nerwowe (np. u kota ciężka walka z buldogiem) nie wywołują cukrzycy. Nakłucie (piqûre Claude'a Bernarda) w nielicznych tylko przypadkach wywołuje u takich psów cukrzycę.

Oddzielenie trzustki pozostawionej lub przeszczepionej od wszelkich połączeń nerwowych nie wpływa ani na stan cukrzycy, ani na zwyrodnienie opuchlinowe kępek Langerhansa, która zależy tylko od stanu zachorzenia czynnego.

Komunikat 4. F. M. Allen. **Wpływ przecukrzenia krwi na zwyrodnienie wodniczkowe wysepek Langerhansa.** A. wpływał na ucukrzenie krwi u psów, wprowadzonych w stan bliski cukrzycy przez częściowe wycięcie trzustki, zwiększając ucukrzenie przez wstrzyknięcie dożylne lub inne glukozy, albo zmniejszając ucukrzenie przez zatrucie floryzyną. Przecukrzenie sztuczne krwi (do 2% D we krwi) nie wpływa na wodniczkowatość komórek beta, ani jej nie wywołuje, ani nie przyśpiesza. Nawet u zwierząt tak bliskich cukrzycy, że wywoła ją usunięcie dodatkowe ułamka grama z trzustki pozostawionej, można podtrzymywać sztucznie przecukrzenie w ciągu tygodni lub miesięcy bez wpływu na kępki. U zwierząt, u których wywołano cukrzycę, można obniżyć przez zatruwanie floryzyną — która sama nie wpływa na kępki — poziom ucukrzenia krwi, nie zapobiegając przez to zwyrodnieniu komórek beta w wysepkach. Przecukrzenie krwi nie jest zatem owym wpływem humoralnym, który wywołuje zwyrodnienie tych komórek.

Komunikat 5. F. M. Allen. **Wpływ krążenia na cukrzycę doświadczalną.** Ani wstrzymanie dopływu tętniczego, ani zahamowanie odpływu żylnego, ani wzmożenie dopływu tętniczego krwi, nie wpływa na zmiany morfologiczne w wysepkach Langerhansa. *Parnas* (Lwów).

Choroby wewnętrzne.
La Presse Médicale.
N. 72. 9. IX. 1922.

L. Cheinisse. **O nadużyciach w dziedzinie opoterapji.** Na 73 zjeździe dorocznym amerykańskiego Towarz. Lekarskiego w Saint-Louis, odbytym w maju rb., omawiano szeroko sprawę opoterapji, którą nigdzie na świecie nie zajmują się z takim zapałem, jak w Stanach Zjednoczonych Ameryki półn. Istnieje tam towarzystwo specjalnie, poświęcone badaniom wydzielania wewnętrznego (*Association for the Study of Internal secretion*), które wydaje miesięcznik *Endocrinology*, dość rozpowszechniony po całym świecie.

Z drugiej strony nigdzie na świecie reklama handlowa tak nie zagarnęła w swoje ręce tej mało jeszcze znanej dziedziny, a łatwowierność publiczności, a nawet i znacznej części lekarzy, nie jest wyzyskiwaną na tak szeroką skalę, jak to ma miejsce w Ameryce. Nie darmo Harvey Cushing, przewodniczący Towarzystwa, porównuje endokrynologję do »nieznanego i mgłą przesłoniętego morza, gdzie łatwo można się zabłąkać, zwłaszcza gdy się ma słabe pojęcie o nawigacji i o celu podróży«. Przeprowadzając dalej swoją alegorję, tak charakteryzuje »żeglarzy«, którzy po tem morzu podróżują: »jednych pociąga żądza odkryć, inni są poważnymi kolonizatorami, inni fanatycznymi misjonarzami, ale wielu czyni to dla zysków materjalnych, wyzyskuje publiczność łatwowierną. To są handlarze, awanturnicy, często po prostu piraci«.

Te właśnie względy powodowały członków wyżej wymienionego Zjazdu (wśród których widzimy zasłużonych fizjologów, jak Barker, Cannon, Aub, Carlson i inni), że na porządku dziennym była postawiona opoterapja tj. zastosowanie lecznicze endokrinologji. Prof. Carlson (Chicago) zaznaczył, że w tej dziedzinie «pole naukowe» jest nader zacieśnione w stosunku do »pola fikcji«. Z wyjątkiem hypotyreordyzmu, całe obszerne piśmiennictwo organoterapji

dostarcza mało lub prawie nic z wiadomości pozytywnych, tyczących niedostatecznej czynności gruczołów dokrewnych. Pomijając już pewną przesadę co do znaczenia tzw. hormonów, przyjmując nawet za pewnik istnienie chorób, zależnych od niedostatecznej produkcji tych hormonów, trzeba się dobrze zastanowić, czy te hormony nie są zbyt słabe, aby mogły wytrzymać bezkarnie cały szereg procedur dla ich otrzymania i przyswajania ich przez ustrój (zastrzykiwania dożylne, trawienie).

Pomijając hormon tarczycy, powiada C., nie wiemy w gruncie rzeczy, co robimy, zalecając chorym do wewnątrz przetwory jajników, trzustki, nadnerczy, gruczołów przytarczycznych itd. Co więcej, rola etjologiczna czynników stosowanych w danej chorobie jest najczęściej hypotetyczna, tym sposobem leczymy choroby nieznanego pochodzenia przez środki również nieznane. A wyniki są często tak sprzeczne, że zdają się zależeć nie tyle od samych preparatów, ile od lekarza, który je zaleca. Wyciągi gruczołowe bardzo często są zalecane jednocześnie obok spokoju, wypoczynku, dobrego odżywiania, które same przez się mogły uzdrawiać. Nawet w przypadkach hypotyreozy, stosowanie przetworów tarczycy niezawsze jest w stanie zastąpić normalną czynność tego gruczołu. We Francji prof. Gley powstawał również przeciwko utożsamianiu działania wyciągów z gruczołów z wydzielaniem wewnętrznem samych gruczołów.

Hoskins nie zaprzecza bynajmniej temu, że wyciągi organiczne posiadają bardzo wybitne działanie farmakodynamiczne, jak np. adrenalina, wyciągi z przysadki mózgowej (*extr. hypophysaire*) [1], ale działanie to nie posiada żadnych cech swoistości. Nawet tyreoidyna, według Hoskinsa, działa raczej jako środek pobudzający żywotność komórkową (*stimulant cellulaire*) wogóle, aniżeli jako środek swoisty. Jedynie tylko w obrzęku śluzowatym (*myxoedema*) ujawnia się działanie swoiste tego środka i to nie bez zastrzeżeń. O innych wyciągach tego naprawdę powiedzieć nie można.

Jeżeli organoterapja jednogruczołowa opiera się na wątłych podstawach i awanturniczych hypotezach, to cóż dopiero powiedzieć o terapji wielogruczołowej? Z pośród wszystkich opoterapij »wątpliwych«, zdaniem M. Fiessingera, ta jest najbardziej wątpliwą.

Mówią nam, że zespoły zaburzeń ze strony wydzielania wewnętrznego (*syndromes endocriniens*) są zawsze wielogruczołowe. Ale jakże mało wiemy o wzajemnem oddziaływaniu tych gruczołów, a już o wpływie wyciągów organicznych na sharmonizowanie tych czynności nie posiadamy żadnych wiadomości pozytywnych — jest to rzeczą przyszłych badań.

Zwolennicy opoterapji wielo gruczołowej powołują się na teorję, głoszącą, że komórki ustrojowe biorą na siebie czynność wybierania potrzebnych im hormonów z przetworów wielogruczołowych, dostarczanych choremu organizmowi. Hoskins słusznie powstaje przeciwko tej zbyt prostackiej koncepcji (*conception trop simpliste*), która nie jest dowiedzioną ani klinicznie, ani doświadczalnie.

Wszystko to, powiada z ironią Carlson, nie przeszkadza bynajmniej temu, że »specjaliści wielogruczołowi« w Stanach Zjednoczonych dokonywują cudów jeszcze większych, niż w swoim czasie sławna spermina Poehla, która przed 20 laty w Rosji była uważana za prawdziwy wszechlek (*panaceum*). *A. Puławski.*

Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin u. Chirurgie.
Tom 34. Zeszyt 3. 1921 r.

Lehmann i Elfeldt. **Próby wodna i stężenia w chirurgicznych schorzeniach nerek.** Dla celów rozpoznawczych nerek chirurdzy posiłkowali się dotychczas próbą fenolsulfoftaleinową oraz krjoskopją krwi, które to próby, zwłaszcza ostatnia, są niewystarczające. Próba Albarran'a doświadczalnej polyurji z założeniem cewników do moczowodów jest zbyt drażniącą, dlatego też należy uciec się do stosowania próby wodnej oraz próby stężenia. Z badań autorów wynika, że istnieje wprawdzie pewna równorzędność między ilością zachowanego czynnego miąższu nerkowego, a ilością wydalanej wody wogóle, oraz pierwszej półgodzinnej ilości w szczególności, lecz mniejsza wydolność jednej nerki może być skompensowana przez pracę nerki zdrowej. I wówczas jednak częściej dadzą się stwierdzić zaburzenia w stężeniu moczu. Obie próby jednak nie dają nam pojęcia ani o rodzaju cierpienia, ani nie pozwalają ustalić wskazania do zabiegu operacyjnego, są jednak pomocne jako uzupełnienie innych prób czynnościowego badania nerek i dają możność porównania. stanu chorego przed i po dokonaniu zabiegu operacyjnego

Wiktor Hautsch. **Dalsze przyczynki do plastyki opony twardej i czaszki.** Celem pokrycia ubytku u operowanych zwierząt autor używał płytki celuloidowej według metody Fraenkla oraz worka przepuklinowego, na który zadziałano formaliną. Hautsch przychodzi do wniosku, że worek przepuklinowy ulega przemianie na tkankę bliznowatą, analogicznie do danych doświadczeń Denk'a; naokoło płytki celuloidowej tworzy się otoczka łącznotkankowa, przyczem tak otoczka, jak i worek przepuklinowy łączą się z powierzchnią uszkodzonego mózgu przy pomocy szerokich, licznych zrostów.

J. Amreich. **Zropienie bąblowca wątroby po przejściu duru brzusznego.** Opis przypadku operowanego w trzy tygodnie po przebyciu duru brzusznego; w ropie torbieli bąblowca wykryto laseczniki durowe.

G. Katsch i L. v. Friedrich. **O czynnościowem znaczeniu drogi żołądkowej.** Na zasadzie badań promieniami X autorzy doszli do przekonania, że, wbrew opinji Waldeyer'a, płyny nie przechodzą jedynie przez rynnę powstającą jako fałd błony śluzowej na małej krzywiźnie, lecz obmywają mniej więcej jednostajnie śluzówkę całego żołądka. Płyny dostają się prędzej od części stałych do kanału odźwiernikowego jedynie dlatego, że działa on jako pompa ssąco-tłocząca. Wobec wyników doświadczeń autorów upada pogląd Aschoff'a o częstszem drażnieniu małej krzywizny, jako przyczynie częstszego umiejscowiania się tam wrzodów żołądka.

Karol Propping. **Przyczynek do mechaniki płynu mózgowo-rdzeniowego.** Autor występuje w obronie własnej teorji przeciwko zarzutom postawionym przez Haller'a; swoje dawne stanowisko modyfikuje o tyle, że uznaje, że nie istnieje prąd płynu w kanale mózgowo-rdzeniowym, a działanie leków zastrzykniętych następuje wskutek zmieszania się ich z płynem. Pod tym względem uznaje słuszność stanowiska Walter'a.

Franciszek Rollwage. **O wyłuszczeniu nerki z otoczki w zatruciu sublimatem.** Chorzy znoszą dobrze ten zabieg operacyjny. Aczkolwiek nie udało się przy pomocy tej metody uratować ani jednego chorego, to jednak, być może, przedłużono życie o parę dni. Należałoby dokonywać zabiegu możliwie wcześnie i jednostronnie, by mieć możność następnie histologicznego porównania obu nerek. Przy zupełnym braku środków, któreby można stosować do wewnątrz, nie należy odrzucać metody chirurgicznej.

H. Schaeffer i S. Weil. **Badania elektrograficzne nad skurczami mięśni przy stopie płaskiej przykurczowej.** Na zasadzie badania prądów czynnościowych należy uważać skurcze mięśniowe przy stopie płaskiej przykurczowej, za odruchowo wywołany skurcz tężcowy trwały. W przypadkach silnego przykurczu otrzymujemy krzywą z częstemi przerywanemi wahaniami prądu; przy słabszej formie stopy płaskiej przykurczowej prądy czynnościowe występują dopiero przy rozciąganiu biernem. W powstawaniu przykurczu odgrywają rolę przedewszystkiem oba mięśnie strzałkowe, w małym zaś stopniu i mięsień piszczelowy przedni.

Edward Melchior. **Badania kliniczne nad tężyczką.** W literaturze ustalonym już został blizki stosunek zmiękczenia kości i tężyczki z zaburzeniami w przemianie wapnia w ustroju. W związku z wojną i wygłodzeniem ludności nastąpiło zwiększenie ilości zachorzeń także i po operacji usunięcia wola. Powstanie i przebieg pooperacyjnej tężyczki nie zależy jedynie od ilościowego stosunku gruczołów przytarczycznych, lecz i od innych tak zewnętrznych, jak i wewnętrz-

[1] Niewątpliwem np. jest dobroczynne działanie na napady dychawicy oskrzelowej przetworów astmolizyny (połączenie adrenaliny z hypofizyną). Przyp. sprawozd.

nych czynników. Dotychczas zanadto podkreślano objawy obwodowe kurczowe, podczas gdy trzeba też zwracać uwagę na zmiany troficzne, zaburzenia w przemianie materji. Opanowanie objawów kurczowych przy tężyczce, np. proponowanemi przez Mac Callum'a wlewaniami dożylnemi soli wapniowych, nie zapobiega cherze tężyczkowej. Objawy niedomogi gruczołów przytarczycznych mogą wystąpić i samoistnie, nietylko po zabiegach chirugicznych. Falta i jego szkoła słusznie podkreślają konieczność zwrócenia uwagi na objawy tężyczki »trzewiowej«, na zaburzenia w układzie nerwowym wegetacyjnym. *A. Stefanowski* (Warszawa).

Choroby skórne.

Dermatologische Zeitschrift.

T. 36 Z. 1.

Schmidt W. I. **Zapatrywania Waltera Frieboes na budowę naskórka w świetle badań porównawczo-histologicznych.**

Krefting R. **Leczenie kiły wyłącznie salwarsanem.** Autor oddaje pierwszeństwo staremu salwarsanowi; stosował go w dawkach 0·4—0·6 gr dla mężczyzn, a 0.3—0·4 gr dla kobiet, w odstępach 14-dniowych. Zwykle stosował 5 wlewań śródżylnych, jednak przekonał się, że 3-ma lub nawet 2-ma wlewaniami można otrzymać również dobre wyniki. Typowe powtórne zakażenie spostrzegał w 19 przypadkach. Na 169 przypadków zmiany pierwotnej z O. W. ujemnym, leczonych 3—6-ma wlewaniami śródżylnemi salwarsanu, ani w jednym przypadku nie wystąpił nawrót, w 221 przypadkach z O. W. dodatnim, nawrotów było 19. Na 196 przypadków kiły drugorzędnej, przy zastosowaniu większej ilości wlewań (do 6-ciu), nawrotów było 22, a na 472 przypadków leczonych mniejszą ilością wlewań, nawrotów było 21. W przypadkach kiły III-rzędnej, zmiany ustępowały bardzo szybko, wśród leczenia, jednak niejednokrotnie nie można było zmienić dodatniego odczynu W. na ujemny, w 262 przypadkach kiły utajonej, wielokrotnie otrzymał odczyn Wassermanna ujemny.

Born W. **Stosowanie nowych preparatów dziegciowych w leczeniu chorób skórnych.** Przez wyciąg wyskokiem z dawnych preparatów dziegciowych otrzymane nowe, okazały się skutecznemi w leczeniu wyprysków, łuszczycy, a pozbawione w zupełności działania drażniącego. Są to: Cadinol, wyciąg wyskokowy z ol. cadini, Ruscinol z ol. rusci, Fuliginol, jasny i ciemny z Fuligo splendens, Sangajol-Lithantrol, wyciąg sangalowy z dziegcia węgla kamiennego, Salicyllithantrol i β lithantrol.

Ruscinol okazał się wybitnym środkiem łagodzącym swiędzenie skóry. W przypadkach wyprysku przewlekłego, z naciekiem w skórze, działał wybitnie leczniczo, natomiast własności przeciwpasorzytniczych nie posiada, jak również w łuszczycy nie działa skutecznie. Stosuje się go w paście 5%, lub w linimentum zinci. Cadinol posiada małe własności uśmierzające swiędzenie, nie drażni skóry, w leczeniu łuszczycy działa bardzo skutecznie. Fuliginol ciemny działa słabiej, niż preparaty poprzednie; jasny pozbawiony jest wszelkich własności drażniących, jednak jego lecznicze działanie jest słabe. Trzy pozostałe preparaty, stosowane przeważnie w łuszczycy, nie są jeszcze dostatecznie wypróbowane, chociaż działanie ich okazało się nieraz bardzo korzystne. Preparaty te stosuje się przeważnie w pastach lub maściach.

T. 36. Z. 2.

Strempel R. **Przypadek Erythema mikrogyratum persistens.** U 12 l. dziewczęcia, po przebyciu zapalenia migdałków wystąpiły na skórze czoła, twarzy, klatki piersiowej i kończyn górnych liczne nacieki w postaci plam o zabarwieniu czerwonem, nieco wystające nad powierzchnię skóry, ustępujące pod naciskiem palca, częściowo zlewające się, częściowo przybierające postać girland lub pierścieni, o środku żółtawo zabarwionym a otoczeniu żywo czerwonem. Histologicznie stwierdzono zmiany w naczyniach, szczególnie w warstwie podbrodawkowatej, z naciekiem dookoła naczyń, a złożonym przeważnie z komórek okrągłych. Badanie jamy ustnej wykazało obraz wrzodziejącego zapalenia błony śluzowej.

Przypadek ten przyjmuje autor, jako postać opisaną przez Hoffmanna pod nazwą: »*Erythema mikrogyratum ersistens*«, różniącą się od *Eryth. simpl. gyratum Jadassohni*, brakiem procesu wysiękowego (brak pęcherzy) i długością trwania. Cierpienie to w powyżej opisanym przypadku powstało w następstwie zapalenia migdałków i w związku z wrzodziejącem zapaleniem jamy ustnej, przeto należy je uważać za cierpienia skóry pochodzenia toksycznego, z działaniem przedewszystkiem na naczynia.

Hess P. **O badaniach dermatoskopicznych chorób skórnych.** Autor, posługując się w swych badaniach starą lupą Zeissa, drobnowidem skórnym Leitza i przyrządem optycznym O. Müllera i Zeissa, mógł potwierdzić szczegółowe badania Safiera i innych. Największą uwagę zwracają naczynia włoskowate skóry sieci podbrodawkowatej i brodawkowatej, dalej rozmieszczenie barwika, twory rogowacenia naskórka i powierzchowne nacieki. W rozpoznaniu różniczkowem sposób ten nie odegra żadnej roli, gdyż obrazy poszczególynch cierpień skórnych nie są charakterystyczne. Niektóre tylko cechy histologiczne, jak zachowanie się naczyń krwionośnych, rozmieszczenie barwika i nacieku, mogą przedstawiać pewne ciekawe dane.

T. 36. Z. 3.

Wertheim L. **Przypadek nawracającego rumienia wielopostaciowego, ze szczególnem umiejscowieniem na błonach śluzowych.** U 22 letniego mężczyzny wystąpiły objawy rumienia wielopostaciowego Hebry w postaci pęcherzyków na błonach śluzowych, policzków i warg, i na obu dłoniach. W pół roku później nawrót cierpienia, na błonach śluzowych jamy ustnej, na spojówce powiek, w postaci drobnych pęcherzyków o treści wodojasnej, później wystąpiły zmiany podobne i na grzbietnej stronie palców rąk. Leczenie miejscowe i dożylne wlewaniami salwarsanu. Za moment etjologiczny uważa autor zakażenie, drogą przetoki utrzymującej się po wyrwaniu zęba; ustawicznie trwające ognisko ropne było powodem nawrotu rumienia. Leczenie salwarsanem odniosło działanie skuteczne, powodując niszczenie działania toksycznego krętków jamy ustnej.

Lehner E. i Vajda E. **Obwodowe porażenie nerwu twarzowego, w przebiegu kiły drugorzędnej.** W okresie pierwszej plamistej wysypki kiłowej, wystąpiło porażenie prawostronnego nerwu twarzowego, obejmujące wszystkie jego gałązki. Przy zastosowaniu leczenia swoistego zmiany te ustępowały bardzo powoli i objawy porażenne utrzymywały się. W przypadku drugim guzkowej wysypki kiłowej, podobne porażenie nerwu twarzowego ustąpiło bardzo szybko wśród leczenia. Podobne przypadki, znane z piśmiennictwa, niejednokrotnie szybko ustępują wśród leczenia, niekiedy natomiast utrzymują się uporczywie. Porażenie w przypadku drugim, było niewątpliwie pochodzenia swoistego, natomiast w pierwszym przypadku przypuszcza autor, że mimo możliwości istnienia gośćcowego przypadkowego porażenia, występowanie równoczesne zmian kiłowych i ustępowanie, chociaż bardzo powolne, objawów porażennych, dowodzi, że i ten przypadek uważać należy za swoisty.

Krantz W. **O pewnych postaciach krętków, występujących przy zapaleniu napletka.** Przy sposobności badania zawartości worka napletkowego w przypadkach ropnych zapaleń napletka, lub owrzodzeń, zauważył autor, prócz spotykanych zwykle krętków typu refringens, szereg różnorodnych innych krętków. Bardzo często spotykał krętka w postaci krótkiej laseczki, którego skrętów z powodu szybkości ruchów nie mógł zauważyć, natomiast w czasie obumierania można było rozróżnić 3—5 płaskich skrętów. Nadaje tej postaci krętka nazwę *Spirochaeta celerrima.* Druga postać krętka charakteryzuje się ostremi skrętami i bardzo delikatnem ciałem. Ruch tego krętka jest bardzo charakterystyczny: środek pozostaje nieruchomy, natomiast końce poruszają się bardzo szybko. Trzeci rodzaj krętka posiada skręty ostre i delikatne, długość jego jest taka sama, jak krętka bladego, porusza się bardzo szybko, przyczem ruchy jego podobne są do ruchów robaka. Czwarty rodzaj krętków natomiast, bardzo jest podobny do krętka bladego i z trudnością daje się od niego odróżnić, jest nieco grubszy, a znachodzi się u osobników, którzy nigdy kiły nie przechodzili. Autor sądzi, że krętki te uważać należy za te same, które spotyka się w jamie ustnej, i dlatego określenie »krętki jamy ustnej»

należałoby odpowiednio rozszerzyć. Ze względów praktycznych należy zwrócić baczną uwagę na czwarty rodzaj krętka spotykanego w przypadkach zapaleń, nadżerek i owrzodzeń, napletka, który to krętek tak jest podobny do bladego, że może spowodować fałszywe rozpoznanie.

T. 36. Z. 4.

Oswald W. **Przyczynek do leczenia wiewióra własną szczepionką.** Autor sporządzał szczepionkę z hodowli z wycieku ropnego, wyjaławiał ją przez 24 godz. przez pozostawienie jej w ciepłocie 37° i dodanie $^1/_4$% roztworu kwasu karbolowego. Wstrzyknięcia wykonywał dożylnie, tylko w przypadkach bardzo silnych odczynów ogólnych śródmiąższowo. Objawów szkodliwych nie zauważył nigdy. Jako pierwszą dawkę stosował 0·2 ccm szczepionki tj. 12 miljonów bakteryj, a następnie, co drugi dzień, stosował dalsze dawki, zwiększając je za każdym razem aż do ilości 2 ccm tj. 120 miljonów bakteryj. Równocześnie stosowano i leczenie miejscowe. Wpływ leczenia szczepionkami na przebieg wiewióra był bardzo korzystny; wyciek zmniejszał się szybko, dwoinki znikały z preparatów już po 2 lub 3 wstrzyknięciu, a mocz stawał się przeźroczysty. W żadnym przypadku nie przyszło do powikłań. W drugiej części przypadków stosował szczepionkę wiewiórowo-białkową, sporządzoną sposobem Hechta, z ropy wiewiórowej rozcieńczonej 4—5 krotną ilością $^1/_4$% roztworu kwasu karbolowego. Stosował ją tylko wśródmiąższowo; niekorzystnych objawów nie spotykał nigdy. W kilka godzin po zastrzyknięciu występowało podniesienie ciepłoty, mniejszego lub większego stopnia. Wybitnego wpływu tego sposobu leczenia na przebieg choroby nie zauważył, natomiast w powikłaniach wiewiórowych np. przy zapaleniu najądrza, gruczołu krokowego itd. otrzymywał znaczną poprawę. Sposób Hechta, do pewnego tylko stopnia może zastąpić własne szczepionki, których sporządzenie w leczeniu prywatnem napotyka na znaczne trudności.

Mras F. **Leczenie kiły mirionem.** Prócz działania swoistego, krętkobójczego, środkami przeciwkokiłowemi, jak salwarsan, duże znaczenie mają w leczeniu kiły i inne czynniki dotychczas nieznane od których zależy również działanie swoiste salwarsanu. Działania salwarsanu dokładnie nie znamy; o tem pouczyć nas mogą raczej przypadki nieudałego leczenia salwarsanem. Zadaniem więc polepszenia stron leczniczych salwarsanu jest praca nad zmianą salwarsanu z jednej strony, a z drugiej wzmożenie własnych czynników obronnych ustroju. Wpływ korzystny podniesienia ciepłoty na przebieg kiły, jest zjawiskiem znanem, odczyn zapalny w znaczeniu Biera odgrywa pierwszorzędną rolę. Czy stosujemy swoiste środki przeciwkiłowe, czy obce białka, wywołujemy zmiany w układzie koloidalnym ustroju (*Luitlen*); po zastosowaniu tych środków powstają, jak uczy nas doświadczenie, zjawiska odczynowe w ogniskach chorobowych i działanie to podrażniające środków koloido-leczniczych ma wpływ przyśpieszający i korzystny na przebieg leczenia. Takie działanie podrażniające ma salwarsan Badania nad zastosowaniem nieswoistego czynnika w leczeniu kiły, wymagają jeszcze dalszych systematycznych doświadczeń, dziś bowiem stososowane środki koloidalne okazywały się zbyt słabem, w działaniu. W mirionie posiadamy środek koloidalny — zupełnie bezpieczny. W rozszczepianiu jodu w ogniskach chorobowych, upatrywano przyczynę korzystnego działania tego środka, wywołującego przekrwienie i pobudzenie elementów tkankowych do wzmożonej czynności. Jednak musimy zaznaczyć, że rola jodu jako koloidu nie jest jeszcze zupełnie jasna.

Autor stosował mirion śródmiąższowo podczas całego leczenia przeciwkiłowego lub tylko w pewnym okresie. Leczenie samym mirionem przeprowadził tylko w jednym przypadku, w którym po 80 ccm mirionu można było jeszcze znaleźć krętki blade w preparatach. W przypadkach, w których zastosowano leczenie mirionem przed leczeniem rtęcią i salwarsanem, nie zauważył autor żadnych zmian w ogólnem działaniu na korzyść czynników swoistych. W drugiej grupie przypadków, leczonych tylko mirionem i salwarsanem, zauważył że ustępowanie zmian odbywało się powoli, tak, że odnosiło się wrażenie, że walka ustroju z kiłą nie tylko nie jest przyśpieszoną, ale raczej opóźnioną.

Mayr I. **Ograniczone zmniejszenie oporu skóry na prąd stały.** (doniesienie II-gie). *F. Walter* (Kraków).

Bibljografja.

Piśmiennictwo polskie.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Lekarz wojskowy N. 8: E. Niemczycki: W drugą rocznicę. — J. Świątecki: Najczęstsze samouszkodzenia i udawania chorób chirurgicznych u rekrutów i żołnierzy. — Składkowski: Lekcja gimnastyki wojskowej, a praca serca. — E. Wajs: Przyczynek do leczenia zgorzeli płucnej za pomocą Tra Allii.

Nowiny lekarskie N. 9: Grzywo-Dąbrowski: Przyczynek do kazuistyki przestępstw dzieci. — J. Stasiński: O zaburzeniach czynnościowych nerwów organo-wegetacyjnych. — K. Bross: Przypadek pierwotnego raka prawego oskrzela. — W. Giedgowt: Do kazuistyki otrucia zepsutą rybą.

Zdrowie N. 7: I. E. Chmielewski: Samobójstwa ze stanowiska psychopatologji i medycyny społecznej. — Szcz. Mikołajski: Poprawa zdrowotności w mieście Lwowie w r. 1921.

N. 8: W. Gądzikiewicz: Stosunki sanitarne w Piotrogrodzie.

N. 9: Sprawozdanie szczegółowe z I Zjazdu Pedjatrów Polskich. 8, 9 i 10 września 1922 r.

Ruch w Towarzystwach lekarskich — Zjazdy.

Łuckie Towarzystwo lekarskie.

Posiedzenie naukowe z dnia 7 czerwca 1922 r.

Przewodniczy kol. Dr. F. Miłaszewski, obecnych 10 i jeden gość, repatrjant z Kijowa, Dr. Cichocki.

1. Kol. Jasiński przedstawił 10 letniego chłopca **ze skórzakiem spojówki** lewego oka. Nowotwór wrodzony, wielkości ziarnka grochu, znajduje się w zewnętrznym kącie szpary ocznej i ze spojówki przechodzi częściowo na rogówkę. Przy pomocy lupy dobrze widać trzy włoski, rosnące na tym guzie.

2. Kol. Wojnicz przedstawił trzy chore:

a) Chorą lat 52, operowaną z powodu wypadnięcia macicy. Cierpi od 7 lat. Od 4 lat macica wypadła kompletnie — przy tem przepuklina pęcherza i odbytnicy (*cysto i rectocele*). Następnie potworzyły się wrzody na szyjce macicznej, które obecnie zlały się się w jeden obszerny. W 30 roku życia wyszła zamąż. Początkowo miała dwa samowolne poronienia; następnie odbyła dwa ciężkie pologi — dzieci żyją. Obecnie wykonano wysokie odcięcie szyjki macicznej, obszernych płatów z przedniej i tylnej ściany pochwy i perineorafię. Wynik znakomity.

b) Wieśniaczkę M. W., lat 54, zamężną **po usunięciu macicy rakowatej** sposobem Werthei ma. Miała 6-oro dzieci. Od dziewięciu miesięcy stale krwawi. U chorej rozpoznano raka szyjki macicznej, który zniszczył ją aż do ujścia wewnętrznego, zostawiając w pochwie krwawiące lejkowate wgłębienie, macica jednak była ruchoma. Wraz z macicą wycięto gruczoły rakowo zmienione, przylegające do pęcherza i odbytnicy. Chora po 5 tygodniach opuściła szpital w dobrym stanie.

c) Kobieta F. W., lat 64, **z wypadnięciem jelit po rozdarciu powłok brzusznych** rogiem krowy. Przez tydzień leżała w domu, oczekując śmierci, potem przywieziono ją do szpitala łuckiego w stanie następującym: w okolicy podbrzusza, na trzy palce ponad łonem, rana otwarta, wielkości ręki dorosłego mężczyzny, z której wypadły pętle kiszek cienkich, brzegi rany pokryte strzępami zmartwiałych tkanek, a na górnym brzegu cały płat skóry, wielkości dłoni, zmartwiał, z pod brzegów sączy się ropa. Przy palpacji brzucha wyczuwa się pod wiotką przednią ścianą nacieki twarde na granicy rany. Przy ucisku ilość ropy w ranie zwiększa się — kiszki odbywają ruchy robaczkowe na powietrzu. Wypadłe kiszki tworzą zlepiony stożek, wystający z rany, pokryte są ropą i w niektórych miejscach barwa otrzewnej na nich zmieniona. Po usunięciu części zmartwiałych kiszki obmyto eterem siarczanym i na cały brzuch zrobiono kompres z tegoż eteru. W parę dni z pod górnego brzegu rany usunięto kawał zmartwiałej sieci. Około miesiąca pozostał zaciek w głębi jamy brzusznej, który w końcu znikł.

Ranę, wypełnioną gołemi kiszkami, leczono przy pomocy kompresów z eteru i przez naciąganie na nią skóry plastrami lepkiemi. Leczenie pomyślne trwało $2^1/_2$ miesiąca.

d) W końcu kol. Wojnicz przytoczył przypadek **wynicowania macicy po porodzie**, który był skutecznie wyleczony w szpitalu powiatowym za pomocą szczelnego tamponowania marlą z eterem.

Wieśniaczka E. K., lat 18, dobrze zbudowana, 29 maja r. b. urodziła dziecko, chłopca. Ponieważ łożysko zaraz nie odeszło, baby zaczęły ciągnąć za pępowinę i wyciągnęły na zewnątrz macicę. Po odjęciu łożyska macicę popchnęły do pochwy. Tymczasem chora krwawiła i mdlała. Krwotok trwał pół doby, poczem ustał, lecz pozostało krwawienie. W takim stanie chora przetrwała 6 tygodni w domu, poczem przywieziono ją do szpitala w stanie znacznej niedokrwistości. Pierwsze badanie, przeprowadzone wraz z kol. Miłaszewskim, wykazało w pochwie krwawiący guz, wielkości pomidora, była

to wynicowana macica. Próby oprowadzenia macicy pod chloroformem nie udały się, wówczas postanowiłem zastosować uciskowe tamponowanie merlą, maczaną w eterze, (tylko pierwszy tampon był z eterem, reszta z suchej merli). W ciągu tygodnia trzy razy zmieniono tampony i to wystarczyło, żeby macica sama powróciła na miejsce, niespostrzeżenie dla chorej.

W dyskusji zabierał głos kol. Miłaszewski. Co do przypadku z wynicowaniem macicy zaznaczył, że było to wynicowanie nie częściowe, lecz zupełne. Mówca przytoczył sposoby leczenia, jakich używali rozmaici autorzy. Omówił sposób przez tamponowanie pochwy merlą jodoformową, który to sposób daje wyniki, jakoby mniej skuteczne, co jednak w tym przypadku się nie sprawdziło. Przytem zauważył, że tamponowanie uciskowe z eterem siarczanym dało wynik znakomity, ma tylko tę wadę, że sprawia kilkunastominutowe pieczenie.

Kol. Bejlin opowiedział ze swojej 27 letniej praktyki, że tylko raz jeden był wzywany do położnicy z wynicowaną macicą, która, jednak jeszcze przed jego przybyciem z Krakowa, umarła.

Kol. Kubaszewski zapytuje, czy może kobieta po operacyjnem odnicowaniu macicy zajść w ciążę i szczęśliwie urodzić?

Kol. Wojnicz zaznaczył, że etjologicznie rozróżniamy trzy rodzaje wynicowania. Pierwsze — tak zwane wynicowanie poporodowe, które zależy od nieracjonalnego pociągania za sznurek pępkowy ku dołowi, jak pisze Dr. W. Bylicki w swoim podręczniku, albo gdy noworodek ciężarem swoim opciąga nadmiernie krótką pępowinę; drugi rodzaj wynicowania bywa powodowany przez guzy wewnątrz-maciczne, trzeci stanowi wynicowanie tak zwane samodzielne. Co do leczenia wynicowania, oprócz sposobów podanych przez kol. Miłaszewskiego, wspomina mówca o odnicowaniu samodzielnem (*reinversio spontanea*), o którem mówi w swoim podręczniku (r. 1894) W. Bylicki: »pod wpływem emocji nerwowej, trwającej dwa tygodnie, gdy chora dostała biegunki, macica sama się odnicowała (przypadek Szpiegelberga«). Według Bylickiego co do możności zadawnionego odnicowania macicy sposobem bezkrwawym, to Bejgel odnicował wynicowanie trwające lat 9, Noeggerath — 13, a White 15 i 30 lat. Co do częstości wynicowania macicy, mówca zaznacza, że w przeciągu 32 letniej praktyki pierwszy raz widział podobny przypadek i nie słyszał, żeby kto z kolegów w Łucku spostrzegał. Co do pytania, czy może być zapłodniona macica po operacyjnem wyleczeniu, to Dr. Born w odpowiedzi na artykuł Dr. F. Neugebauera z Warszawy (Nowiny lek. N. 4. r. 1907) przytacza następujący przypadek: w r. 1901 chora była operowaną z powodu wynicowania, a w r. 1906 zaszła w ciążę i przebyła poród zupełnie szczęśliwie; łożysko tylko było przyrośnięte i zostało wydobyte szczęśliwie ręcznym sposobem.

Co się tyczy chorej z wypadnięciem kiszek po uszkodzeniu przez krowę, to koledzy uznali, że leczenie kompresami eterowemi dało znakomity wynik; jeżeli chora będzie zupełnie zdrowa, należy na ten sposób zwrócić szczególniejszą uwagę.

A. Wojnicz, sekretarz.

Medycyna społeczna.

Dr. JAN ZAORSKI. Warszawa.

W sprawie leczenia gruźlicy chirurgicznej *).

Walka z gruźlicą, prowadzona przed wojną z inicjatywy prywatnej przy poparciu nielicznej garstki społeczeństwa, wchodzi z chwilą odbudowania Państwa Polskiego w nowy okres. Ministerstwo Zdrowia Publicznego, zdając sobie sprawę z grozy położenia, by tem łatwiej podołać trudnemu zadaniu, postanowiło akcję całą oprzeć na podstawach prawnych. Opracowana przez czynniki rządowe „Ustawa o zwalczaniu gruźlicy“ przeszła już stadjum przygotowawcze i została zaopatrzona opinją Najwyższej Rady Zdrowia. Niestety od tego czasu słych o niej zaginął. Wśród wielu środków zaradczych, projektowana ustawa zajmuje się z jednej strony ograniczeniem i uniemożliwieniem rozszerzenia się zarazy, z drugiej zapewnia chorym na gruźlicę odpowiednią ilość zakładów leczniczych. Dzisiejszy brak szpitali, sanatorjów, a chociażby sal specjalnie dla gruźlicy przeznaczonych, odbija się fatalnie na stanie naszej zdrowotności. Poczynania prywatne, mając z natury rzeczy ograniczone środki, nie mogły zaspokoić potrzeb w tym kierunku. Zaopiekowano się dotychczas właściwie tylko jedną postacią gruźlicy, mianowicie płucną i, dla tego rodzaju chorych, wzniesiono szereg domów zdrowia, sanatorjów i t. d. Suma wysiłków jest niedostateczna, ale zrobiono tyle, na ile stać było garstkę ludzi dobrej woli.

A cóż dzieje się z innemi postaciami gruźlicy? Naprzykład z gruźlicą stawów i kości? Te pytania powinniśmy sobie postawić dziś, kiedy chcemy zwalczać gruźlicę we wszystkich jej postaciach. Odrazu można powiedzieć, że gruźlicę kości i stawów zlekceważyliśmy najzupełniej. Wymienionych chorych traktuje się, jako zwykłych chorych chirurgicznych, nie potrzebujących specjalnej troskliwości i zabiegów. Czy takie postawienie rzeczy sprawę wyczerpuje? Jeżeli przejrzymy nasz materjał chorych szpitalnych, szczególnie oddziałów dla dzieci, to łatwo dojdziemy do przekonania, że $^2/_3$ chorych ma za tło choroby — gruźlicę. Z drugiej strony łatwo się przekonamy, że gruźlica chirurgiczna pozornie tylko atakuje pewne części organizmu. Bliższe i dokładniejsze badanie wykaże nam, że prawie każdy z tych chorych ma zmiany pierwotne w innych narządach, np. płucach itd., które, zaniedbane, wybuchną prędzej, czy później. Dla tych chorych pobyt w naszych, po większej części starych i niehigjenicznych szpitalach, częstokroć tak przepełnionych, że ilość chorych przekracza ilość łóżek, jest bezwarunkowo nietylko szkodliwy, ale wprost zgubny. Prócz przestrzeni i powietrza, chory na gruźlicę, przy innych koniecznych warunkach, musi mieć dobre i obfite pożywienie. Tego też nie jesteśmy w stanie dostarczyć im w naszych zakładach chirurgicznych, gdyż porcje żywnościowe są obliczone raczej na przeżywienie, niż na odżywienie. Do tego dodajmy brak w wielu szpitalach odpowiednich urządzeń ortopedycznych, aparatów roentgenowskich, a będziemy mieli niepełny, ale smutny stan lecznictwa gruźlicy chirurgicznej.

Stan powyższy nietylko u nas przedstawia się w ciemnych barwach. Ażeby temu zapobiedz, Anglja, Francja, Włochy, zbudowały szereg sanatorjów nadmorskich dla leczenia gruźlicy kości i stawów. Tamtejsza metoda lecznicza kombinuje kąpiele morskie z naświetlaniem słonecznem. Szczególnie we Francji liczba sanatorjów dla leczenia gruźlicy wzrosła podczas wojny, wskutek wydatnej pomocy Ameryki, która przeszło 5 miljonów dolarów włożyła w powyższe zakłady.

Pozbawiona morza Szwajcarja zastosowała u siebie leczenie gruźlicy promieniami słonecznemi na znacznych wyżynach górskich. Typem powyższych sanatorjów jest zakład w Leysin. Leczenie tam odbywa się głównie słońcem przy stosowaniu małych zabiegów chirurgicznych i ortopedycznych. Dopełnia powyższe leczenie powietrze górskie i dostatnie odżywianie. System ten, polegający na leczeniu tak prostemi i naturalnemi środkami, nie jest nowy. Przeciwnie środki te znano już w starożytności. Pierwszą wzmiankę o leczniczem działaniu promieni słońca spotykamy w dziełach Herodota i jemu współczesnych. Herodot pierwszy spostrzegał różnicę spoistości czaszek Egipcjan i Persów. Kiedy mianowicie czaszki kościotrupów egipskich były »twarde jak kamienie', perskie dały się rozbijać bardzo łatwo. Herodot odnosi to do wzmacniającego wpływu promieni słońca, które, działając wprost na obnażone głowy Egipcjan, wzmacniały spoistość ich kości czaszkowych, gdy w przeciwieństwie Persowie, nosząc wysokie nakrycie głowy, byli pozbawieni tego dobroczynnego wpływu. Inna notatka z tych czasów podaje, że „dla ludzi, którzy potrzebują wzmocnienia lub odzyskania swych mięśni, słońce jest konieczne“. Należy jednak „unikać promieni słonecznych w okolicach zasłoniętych od wiatru, gdyż tam działają zbyt silnie“, „w zimie, na wiosnę i w jesieni promienie słoneczne powinny działać wprost na chorego; w lecie natomiast nie można tej metody stosować u osobników słabszych; w każdym jednak przypadku, kiedy ją stosujemy, głowa chorego powinna pozostawać w cieniu“. Jak widzimy, niezgorsze wskazania przechowały się dla nas z owych czasów.

W starożytnym Rzymie stosowano leczenie słońcem na szeroką skalę i było ono cenione nie mniej od kąpieli wodnych. Czasy średniowieczne nie przekazały nam żadnych śladów stosowania leczenia słońcem. Dopiero epoka Rousseau'a, hasło »powrotu do natury«, jest i dla lecznictwa słońcem dniem triumfu. W roku 1774 pierwszy Faure ogłasza, że promienie słoneczne działają bardzo energicznie w leczeniu wrzodów podudzia, o ile siła ich dochodzi do 33 stopni R. W 2 lata później Peyer i Le Goucta uzyskali wyleczenie kilku przypadków nowotworów, działając na nie promieniami słońca, wzmocnionemi odpowiedniemi soczewkami. Rok

*) Rzecz wpłynęła do Redakcji z początkiem b. roku.

1815 jest przełomowym w lecznictwie promieniami słonecznemi, Francuz Cauvins i Niemiec Loebel ogłaszają swe monografje o leczniczem działaniu słońca, podając wskazania, przeciwwskazania i sposób ich stosowania. Poddanie jednak gruźlicy leczniczemu działaniu promieni słonecznych jest zasługą wyłącznie Francuzów, a wśród nich t. zw. szkoły Lyońskiej. Najpierw Bonnet w roku 1845, następnie Lebert w r. 1849, stosują i zalecają leczenie słońcem nietylko w gruźliczych schorzeniach stawów lub kości, ale także w celu poprawienia i wzmocnienia ogólnego stanu organizmu. Idąc śladem poprzedników, Olier, po nim Poncet, urządzają kąpiele słoneczne na galerji starego lyońskiego szpitala.

Usiłowania powyższe, stosowane coraz śmielej i szerzej, nie opierają się jednak dotąd na podkładzie naukowej teorji. Dopiero Duńczyk Finsen pierwszy zaczął badać skład i własności poszczególnych wiązek widma słońca i on dał nam naukowe podstawy leczenia słońcem. Finsen na podstawie swych doświadczeń wykazał, że niektóre wiązki promieni działają energiczniej i jak gdyby swoiście na pewne schorzenia. Dowiódł on, że na owrzodzenia ospowe działają leczniczo czerwone wiązki promieni, na wilka zaś wiązki ultrafioletowe. Po Finsenie cały szereg uczonych badał własności promieni słońca, głównie jednak chodziło im o siłę bakterjobójczą. Różnica między Finsenem a następcami polega na tem, że Finsen utrzymywał, że promienie słońca działają tylko powierzchownie, kiedy przeciwnie Malgot i Witmer udowodnili, że promienie słońca przepuszczone przez klatkę piersiową potrafią naświetlić podłożoną płytę fotograficzną.

Jak widzimy z powyższego, metoda lecznicza, zastosowana z bardzo dobremi wynikami w Szwajcarji, ma za sobą nietylko podstawy teoretyczne, nietylko doświadczenie praktyczne, ale ma swoją własną historję, sięgającą wieków starożytnych.

Przechodząc do naszych czasów i stosunków spróbujemy zastanowić się nad środkami, jakiemi w tym dziale lecznictwa dzisiaj rozporządzamy. Lecznictwo gruźlicy chirurgicznej, stosowane w obecnym stanie chirurgji, rozróżnia 2 drogi postępowania. Pierwsza, to kierunek czynny, polegający na stosowaniu radykalnych zabiegów chirurgicznych w celu usunięcia choroby. Drugi kierunek, zachowawczy, polega na wstrzykiwaniu różnych zawiesin i stosowaniu zabiegów ortopedycznych w połączeniu z koniecznemi drobnemi zabiegami chirurgicznemi. Do ostatniego kierunku należy również leczenie słońcem w połączeniu z powietrzem górskiem lub wodą morską.

Co do nas, na pierwszem miejscu stawiamy leczenie zachowawcze. Tylko w przypadkach zaniedbanych i groźnych dla życia chorego należy uciekać się do radykalnych zabiegów chirurgicznych. Metoda zachowawcza, jakiej jesteśmy zwolennikami, opiera się przedewszystkiem na leczeniu promieniami słońca. Kąpiele morskie lub powietrze górskie uważamy za bardzo cenne okoliczności towarzyszące, które muszą nam wzmocnić działanie naszego nizinnego słońca. W ten sposób zaznaczając nasze stanowisko, zastanowić się musimy, w jaki sposób uda się tę metodę wprowadzić w życie w Państwie Polskiem.

Hołdując lecznictwu słońcem nie twierdzimy, że słońce działa specyficznie na prątki gruźlicze; opierając się tylko na praktycznem doświadczeniu całego szeregu lekarzy sądzimy, że ten sposób leczenia daje nam najlepsze wyniki wobec gruźlicy.

O sanatorjach nadmorskich nie chcemy na razie mówić, ponieważ nasze wybrzeże morskie nie jest nam jeszcze dokładnie znane, ani klimat jego nie jest jeszcze zbadany. Z pobieżnego tylko wrażenia turystycznego obawiamy się, czy projektowanie już dziś całorocznie działających sanatorjów nie jest przedwczesne. Postępowanie takie bez dokładnego zbadania klimatu, a przedewszystkiem ilości i jakości wiatrów panujących na wybrzeżu, może nas narazić na ogromne bezcelowe koszta. Piękny gest Rady m. Warszawy, która dla upamiętnienia chwili odebrania wybrzeża polskiego, chce na Helu budować sanatorjum, uważam stanowczo za zbyt pochopny eksperyment, który z jednej strony może zawieść, z drugiej zniszczyć jako taki.

Na potrzebę zbudowania sanatorjum górskiego w Tatrach na wzór szwajcarski zwracałem uwagę jeszcze w r. 1914. Projekt ten, złączony z eksploatacją kamieniołomów tatrzańskich, miał przyczynić się do rentowności kolejki, którą wówczas chciano budować w tej okolicy Tatr. Niestety z wybuchem wojny sprawa upadła. Przeglądając piśmiennictwo lekarskie z ostatnich lat, znalazłem wzmiankę, że w r. 1913 na posiedzeniu wydziału lekarskiego Tow. Naukowego Poznańskiego Dr. Zielewicz, przedstawiając chorych, postawił w dyskusji wniosek zbudowania sanatorjum, na wzór Leysin, na świnicy. Dr. Szulczewski wyraził zapatrywanie, że więcej nadawałaby się ku temu okolica Morskiego Oka, która leży mniej więcej na tej samej wysokości nad poziomem morskim, co Leysin. Powyższy zbieg okoliczności, jak powstanie rok po roku niezależnie od siebie tej samej myśli, wskazuje na trzeźwość propozycji i odpowiedni moment działania. Dziś należy projekt ten przypomnieć i podkreślić że właśnie w Tatrach orawskich i spiskich znajdujemy najodpowiedniejsze warunki dla sanatorjów górskich. Zasłonięta od północy z otwartem południem okolica ta, pozbawiona wiatrów halnych, co tworzy idealne wprost warunki dla powyższego celu.

Pozostaje nam jeszcze inny środek leczniczy, stosowany na wielką skalę w innej postaci gruźlicy, mianowicie w gruźlicy systemu limfatycznego. Środkiem tym jest nasza solanka ciechocińska.

Leczenie gruźlicy chirurgicznej kąpielami słonemi jest znanym i często stosowanym środkiem leczniczym. Nic dziwnego, że już w r. 1875 zastosował go Dr. Stockmann, który pozostawił nam opis dwuch przypadków garbu, leczonych przez siebie solanką ciechocińską z wynikiem dodatnim (Gaz. Lek. Tom XVIII. Nr. 4). W następnych latach żaden z lekarzy ciechocińskich nie opisał przypadków gruźlicy chirurgicznej, leczonych wodami Ciechocinka. Że jednak leczono tam rozmaite gruźlicze schorzenia stawów, przekonałem się naocznie w r. 1918. Musiało to leczenie być skuteczne, skoro chorzy chętnie je stosowali. Niestety wskutek braku sprawozdań z praktyki ciechocińskiej pod tym względem nie możemy powołać się na żadne dowody z piśmiennictwa lekarskiego. Jeżeli jednak przejrzymy statystykę innych chorób, leczonych w Ciechocinku, jeżeli na miejscu sprawdzimy, jak silnie i jak skutecznie działa solanka we wszelkiego rodzaju naciekach przewlekłych, możemy nabrać prawie pewności, że i w gruźlicy chirurgicznej odda nam ona nieoszacowane usługi. Ażeby jednak solanka osiągnęła najwyższe natężenie swej siły, musi być stosowana w odpowiednich dla leczenia warunkach.

Dzisiejszy Ciechocinek posiada wiele wad, prócz tego wszyscy lekarze w swoich sprawozdaniach i pismach zastrzegają się, że dla osobników ze zmianami płucnemi pobyt w Ciechocinku jest zgubny. Niechciałbym dłużej rozwodzić się nad tem, dlaczego tak jest, podkreślę tylko, że głównym złem w Ciechocinku jest wilgoć gruntowa. Uzdrowisko dzisiejsze rozłożyło się na dnie starego koryta Wisły. Zbudowany przed niedawnym czasem wał chroni od zalewów wiosennych wiślanych, z drugiej jednak strony nie pozwala na odpływ do Wisły wód t. zw. Mazowieckich, które, spadając z wyżyny Raciążkowskiej, gromadzą się w obszarze zdrojowiska. Dość powiedzieć, że w niektórych miejscach, np. w parku zakładowym, można na wiosnę pływać łódkami, a większa część willi zalana jest do parteru wodą. Nic dziwnego, że w tak trudnym terenie ciężko myśleć o odwodnieniu i niemożliwe przeprowadzić odpowiednią kanalizację. Są to niektóre tylko braki tego zdrojowiska, których usunąć niepodobna.

Przystępując obecnie do budowy sanatorjum dla t. zw. gruźlicy chirurgicznej, należy wybrać teren tak, by rodzime nasze środki wyzyskać w jaknajwiększej mierze dla leczenia tej choroby. Środki te są następujące: słońce, powietrze zapewnienie dobrego odżywienia i dostateczne środki lekarskie jak solanka, rentgen, sztuczne słońce i wreszcie przyrządy chirurgiczno-ortopedyczne wszelkiego rodzaju. Kiedy w ten sposób rzecz przyjmiemy, to niedaleko Warszawy, np. w Otwocku, Świdrze, znajdziemy doskonałe warunki atmosferyczne;

żeby jednak dodać do nich i solankę naturalną, trzeba zakład umieścić w okolicy Ciechocinka. Tam należy wyszukać teren suchy, dostatecznie osłonięty od wiatrów i tam zbudować wzorowe sanatorjum dla gruźlicy chirurgicznej. Zbudowany na dalekich Kujawach, daleko od większych centrów zakład łatwiej i lepiej odżywi swych chorych, a dodana do leczenia chir.-ortopedycznego solanka, sprowadzona z Ciechocinka wodociągiem, pozwoli na wyzyskanie wszystkich środków rodzimych, jakiemi rozporządzamy w walce z gruźlicą.

Będzie to miało jeszcze jedną dodatnią stronę, na którą chciałem zwrócić uwagę, że leczenie chorych w powyższym zakładzie, będzie się odbywało w klimacie nizinnym, w którym oni żyją i do którego wrócą po wyleczeniu, nie zaś w klimacie, który z powodu swej łagodności lub rzadkości powietrza wprawdzie leczy, ale i (wydelikaca) mniej uodparnia chorych na panujące w nizinach stosunki atmosferyczne.

Na końcu jeszcze raz wracam do tego: szpitale nasze obecnie nie nadają się zupełnie do leczenia gruźlicy we wszystkich jej postaciach, bo nie posiadają ani budynków ani środków leczniczych po temu, dlatego sprawa jest nadzwyczaj poważna i bardzo pilna. Z powodu braku odpowiedniego leczenia setki i tysiące ludzi traci możność pracy, a następnie życie. Nie zaniedbujmy więc sprawy, z której będziemy zdawać rachunek przed potomnymi.

Sprawy zawodowe.

Związek Lekarzy Małopolski i Śląska Cieszyńskiego w Krakowie.

Protokół 220 posiedzenia Wydziału z dnia 21 lipca 1922.

Związek lekarzy PP. donosi, iż zwracał się dwukrotnie do Dra Papéego we Lwowie w sprawie złączenia się organizacji lekarzy w Małopolsce i na Śląsku z ogólną organizacją, lecz dotychczas nic otrzymał odpowiedzi.

Powiatowa Kasa chorych w Tarnowie zawiadamia, że przywróciła do pełnienia obowiązków lekarskich Dra Joachima Frenkla. Stało się to dzięki usilnemu pośrednictwu Związku u głównych władz w stolicy.

Ministerjum Zdrowia publ. donosi, iż (na starania Związku) wszelkie konkursy na posady lekarzy będą ogłaszane przynajmniej w Polskiej Gazecie lekarskiej. Ministerjum to uwiadamia również, że poparło sprawę podniesienia taks sądowo-lekarskich w Ministerjum sprawiedliwości.

Dr. S. z Mielca uchwalono odpisać, że, chociaż Rząd podwyższył nieznacznie honorarja za leczenie funkcjonarjuszy państwowych, to jednak posad tych nie wolno nikomu z członków Związku przyjmować.

Dr. Żydłowicz odczytuje memorjał do Ministerjum zdrowia publicznego i do Wydziałów lekarskich w Krakowie, Lwowie i Warszawie w sprawie poddawania lekarzy, przybywających z Rosji z dyplomem rosyjskim pewnego rodzaju colloquium, okazało się bowiem, że zdarzają się sfałszowania dyplomów. Uchwalono memorjał ten wysłać i wydrukować ponadto w Polsk. Gazecie lekarskiej.

Dr. Grzybowski zdaje sprawę z pobytu w Sanoku w dniu 8 lipca br., gdzie, jako delegat, dokonał formalnego zawiązania Koła Związku. Koło sanockie obejmuje lekarzy powiatu dobromilskiego, brzozowskiego, liskiego i sanockiego. Po wyborze prezydjum (przewodniczący Koła D. Ramer Salomon, zastępca dyr. Dr. Pajączkowski Włodzimierz, sekretarz i skarbnik Dr. Domański Stanisław) uchwalono wstrzymać się od wykonywania czynności sądowych. Koło sanockie należy do najdzielniejszych i najlepiej zorganizowanych kół Związku.

Ostrzeżenie.

Towarzystwo Lekarzy Spółki Brackiej w Królewskiej Hucie natknęło się na trudności w rokowaniach tak dalece, że należy się liczyć w najbliższym czasie ze strejkiem lekarzy.

Wydział Związku przestrzega Członków przed wyjazdem do Królewskiej Huty i łamaniem koleżeńskiej łączności.

Dr. Kostecki, sekretarz. *Dr. Żydłowicz*, wiceprezes.

Korespondencje.

Otrzymaliśmy list od dr. Fr. Lenarta z Chicago, w którym dr. Lenart podkreśla, że dostęp do polskiego piśmiennictwa lekarskiego jest nawet dla lekarzy Polaków w Ameryce nader trudny; sam autor listu od zwolnienia się z Armji polskiej (Hallera) i powrotu do Ameryki przez dwa lata różnemi drogami (nawet przez konsulat) nadaremnie starał się o czasopisma lekarskie polskie. Wina leży po stronie tych czasopism, a w związku z tem pisze dr. Lenart, co następuje:

»Polonja Amerykańska interesowała się i interesuje sprawami Polski, czego dała i daje namacalne dowody. Nie mniej też interesują się nieini lekarze pochodzenia polskiego, których jest spora liczba w całych Stanach Zjednoczonych, a przeszło 150 w samem tylko Chicago; interesują się niemi i Amerykanie w ogólności.

Polscy lekarze w Ameryce pragnęliby wiedzieć, co robią ich Koledzy w Polsce. Lekarze Amerykanie zainteresowaliby się tem także.

Wszyscy oni czytują co tydzień »Journal«, organ »American Medickal Association« gdzie, oprócz prac oryginalnych, znajdują przegląd literatury lekarskiej całego świata, korespondencje z różnych środowisk lekarskich Europy i Azji jak: Paryż, Londyn, Berlin, Tokio, itd., ale, co najważniejsze, znajdują także i korespondencje z Pragi oraz z Belgradu, a czasem nawet z Moskwy i Petersburga, ale jeszcze ani razu z Warszawy, Krakowa, Lwowa, czy Poznania.

Z Polski nikt tu nic ani nie widział, ani nie słyszał.

Polski świat lekarski dla świata lekarskiego w Ameryce dotychczas jeszcze nie istnieje, a jeśli istnieje, to tylko po kątach.

Dla świata lekarskiego w Ameryce prace pani Curie, prof. Święcickiego, prof. Godlewskiego i wielu innych idą na rachunek Francji lub Niemiec już nie tylko dlatego, że pomieszczane były w pismach zagranicznych, ile dlatego, że właśnie te zagraniczne pisma są streszczane w pismach tutejszych, a nic się nie słyszy o pismach polskich. Nic też dziwnego, że młodsza generacja lekarzy polskich nie potrafi objaśnić swoich kolegów Amerykanów o właściwym udziale Polaków w postępie nauk lekarskich, ale przeciwnie, twierdzi czasem, że Polska niema żadnych sił naukowych w medycynie.

Przekonanie to należy stanowczo zmienić i to jaknajrychlej, już nie tyle ze względu na to młodsze pokolenie, ile ze względu na obcych, których należy koniecznie uwiadomić o pracach polskich uczonych i zasługach położonych około postępu nauk medycznych.

Osiągnąć to można najlepiej przez Journal of American Medical Association, do którego należy stale wysyłać Polską Gazetę lekarską oraz korespondencje o ważniejszych wydarzeniach z zakresu lekarskiego w Polsce.

Na posiedzeniu Towarzystwa lekarzy polskich w Chicago poruszono sprawę reprezentacji świata lekarskiego polskiego wobec świata lekarskiego amerykańskiego, podobnie, jak dentyści z Polski mają swego reprezentanta w Chicago. Reprezentant taki miałby za zadanie informować świat lekarski w Ameryce o czynnościach świata lekarskiego w Polsce oraz zabierać głos przy różnych okolicznościach, jeżeliby tego zaszła potrzeba.

Rzecz tę uznało Towarzystwo lekarzy polskich w Chicago nie tylko za wskazaną, ale nawet konieczną i poleciło gorąco Ministerstwu Zdrowia w Warszawie, proponując równocześnie, aby mnie wyznaczyć takim reprezentantem. Z tego mogłyby tylko wypłynąć daleko idące korzyści natury nietylko moralnej dla świata lekarskiego w Polsce, ale i natury politycznej dla całej Polski, korzyści, których dziś nie można należycie ocenić. Czy w tej sprawie już coś zrobiono, lub zdecydowano, dotychczas jeszcze nic mi nie wiadomo. Chciałbym jednakowoż wiedzieć, jakie zdanie ma o tej propozycji sama Redakcja Gazety lekarskiej.

W nadziei, że moje starania w tej i innych sprawach porozumienia nie pozostaną tym razem bez skutku, kreślę się z szacunkiem *Dr. F. Lenart* (1121. Milwaukee, ave. Chicago, Ill.)«

Uwagi dr. Lenarta są w zasadniczym punkcie niewątpliwie słuszne, a mianowicie dokładne i ciągłe informowanie nietylko Ameryki, ale wogóle zagranicy, o polskiej medycynie, o postępach polskiej nauki, o pracach w zakresie służby zdrowia publicznego i t. d. jest rzeczą konieczną. Niestety pod tym względem nic lub prawie nic się nie robi. W najbliższej nam n. p. prasie lekarskiej francuskiej poza dwoma, czy trzema artykułami informacyjnemi prof. Majewskiego i prof. Szumowskiego w »Presse médicale« i kilku publikacjami naukowemi nic się nie ukazało, a w kronikarskiej rubryce »Presse médicale« p. t. »A travers le monde«, z której ciągle korzystają Czesi, Rosjanie i t. p., niema żadnych wzmianek z Polski, chociaż sama redakcja tego czasopisma o to swego czasu prosiła. Prócz francuskiej i amerykańskiej należałoby pomyśleć o informowaniu także prasy angielskiej i włoskiej, nie mówiąc już o innych. Zadania tego najłatwiej podjąćby się mogło Ministerstwo zdrowia (referent prasowy), w którem z natury rzeczy skupiają się — lub skupiać powinny — wiadomości z całej Polski; gdyby ten sposób zawiódł, przypadłoby Towarzystwom lekarskim zadanie stworzenia takiego biura, informującego zagranicę.

Sprawa utworzenia »przedstawicielstwa lekarskiego w Ameryce nie jest natomiast tak prosta, aby ją można naprędce załatwić. Jej strona polityczna, niewątpliwie istniejąca, wymaga rozpatrzenia przez Rząd, przyczem opinja kompetentnych czynników lekarskich nie powinna być pominięta.

Redakcja.

Wiadomości bieżące.

Lwowskie Towarzystwo lekarskie.

XXVII. Posiedzenie naukowe odbędzie się w piątek 20. X 1922. w Poliklinice. 1. Pokazy: kol. Progulski: Zwężenie przełyku«; kol. Domaszewicz: Kliniczne objawy schorzenia dróg pozapiramidowych. 2. Wykład: kol. Allerhand: O zakażeniu ustnem.

Kmietowicz, sekretarz. *Franke*, prezes.